157 B38

Columbia University
in the City of New York
Library

Special Fund

Given anonymously

EINFÜHRUNG

IN DIE

PSYCHIATRIE.

Mit specieller Berücksichtigung

der

Differentialdiagnose

der einzelnen Geisteskrankheiten.

von

DR. TH. BECKER.

ZWEITE VERMEHRTE UND VERÄNDERTE AUFLAGE.

LEIPZIG

VERLAG VON GEORG THIEME

1899.

157
B38

9-K 20 Feb '03

Vorwort.

Die nachfolgende „Einführung in die Psychiatrie“ soll nicht neue wissenschaftliche Gedanken bringen; sie ist zu einem andern Zwecke geschrieben.

Nur allzu häufig konnte der Verfasser bemerken, dass den Studenten das Interesse an der psychiatrischen Klinik fehlte, besonders dass sie nicht imstande waren, der klinischen Deduktion mit dem genügenden Verständnis zu folgen. Die Psychiatrie wird leider heutzutage noch viel zu viel als ein Stiefkind im Gebiet der medicinischen Wissenschaften betrachtet. Ohne propaedeutische Kenntnisse besuchen die Studenten die Klinik, so dass es weiter nicht wundern kann, wenn ihnen die Lust und das Verständnis fehlt, sich über einen schwierigen Fall klar zu werden.

Hier soll dies Büchlein einsetzen. Es soll in knapper Form mit besonderer Hervorhebung der differentialdiagnostischen Merkmale ein Bild der einzelnen Psychosen geben und zwar in leicht verständlicher Weise, wenn auch manchmal dabei vom Standpunkt

FEB 5 1903 Stechert 2/7 2.30

334469

der strengeren Wissenschaft bald dies, bald jenes unberücksichtigt bleiben muss, um nicht den Überblick über das Gesamtbild zu hemmen. Es soll dem Anfänger ein Bild der typischen Seelenstörungen geben und ihn dadurch, dass er das Typische erfasst hat, in den Stand setzen, atypische Erkrankungen in ihrer Wesenheit genauer zu erfassen.

Dies Büchlein ist durchaus für den Anfänger geschrieben und setzt darum wenig voraus. Die zweite Auflage ist wesentlich vermehrt und verändert, manches schief Ausgedrückte ist ausgemerzt, Übersehenes ergänzt worden.

Möge es auch der neuen Auflage gelingen, der Psychiatrie mehr Freunde zu verschaffen, den Anfänger zum Verständnis der grossen Lehrbücher zu bringen, das Interesse an unserer Wissenschaft lebendiger zu machen!

Das Gebiet, in das dies Büchlein einführen soll, ist ein noch in vieler Beziehung dunkles; auch jetzt, am Ende des Jahrhunderts, in dem die Heilkunde Fortschritte gemacht hat, wie früher nicht in vielen Jahrhunderten, können wir die Grenzen dieses Gebietes noch nicht bestimmen.

Für die grosse Änderung in der Irrenheilkunde in diesem Jahrhundert spricht folgender Hinweis auf die Behandlungsweise. Im Beginn des Jahrhunderts schrieb Horn, zweiter Arzt der Königlichen Charité, mit Begeisterung von den Erfolgen seiner Behandlungsart. Ekelkuren, Übergiessen ungezählter Eimer eisigen Wassers, Behandlung im „Drehstuhl" bis zur Bewusstlosigkeit des Kranken, schärfste Zwangsapparate waren die damaligen „Heilmittel" bei Geisteskrankheiten!

Die Psychiatrie ist die Lehre von den krankhaften Vorgängen und Zuständen im menschlichen Geiste. Doch was begreift das Wort „krankhaft" in sich, wo soll die Grenze zwischen dem Gebiet des Krankhaften und des Gesunden liegen?

Hier müssen wir bekennen, wir haben keine bestimmte Grenze geistigen Gesund- und Krankseins,

wir haben trotz aller verfeinerten psychologischen Untersuchungsmethoden, wie sie besonders in der Heidelberger Schule gelehrt und geübt werden, keinen Grenzstein oder ein Merkmal, von dem jenseits und diesseits das Gebiet des Normalen und des Pathologischen sich befindet. Beides geht langsam und unvermerkt ineinander über und erst, wenn die unsichtbare Grenze schon ziemlich beträchtlich überschritten ist, können wir sagen, das ist krankhaft und jenes spricht für geistige Gesundheit.

Ein allbekanntes Beispiel mag dies veranschaulichen. Dem manischen Kranken gleicht in seiner heitern Stimmung, in der aufgehobenen Hemmung, dem beschleunigten Gedankenablauf und der grösseren motorischen Unruhe und Erregtheit ein junger Mann im Kreise seiner Zechbrüder. Aber wir halten nicht darum, weil die Symptome der akuten Alkoholvergiftung und der Manie sich so ähneln, beide Zustände für identisch, also den Halbberauschten nicht für geisteskrank.

So ähnelt ferner dem Melancholiker in seiner traurigen Verstimmung, seiner Unlust und Hemmung, seiner Unfähigkeit zu freudigen Stimmungen und Affekten der unvorbereitet hart von Schicksalsschlägen Getroffene. Ja, es ist die Ähnlichkeit zwischen beiden Zuständen so gross, dass in manchen Fällen nur eins den Ausschlag giebt, ob der Geisteszustand normal oder pathologisch ist: ist die traurige Verstimmung durch äussere Verhältnisse genügend begründet oder nicht. Auch kann ja durch einen äusseren traurig stimmenden Anlass eine traurige Verstimmung

ausgelöst sein, die ins Gebiet des Krankhaften gehört. Wir sehen dann die natürliche Reaktion des Gesunden nach Dauer und Intensität verstärkt und erkennen eben hieraus das Krankhafte. Wir sehen auch hier, dass nicht in den äussern Zeichen der Entscheid gesucht werden muss, ob ein Geisteszustand normal oder krankhaft ist, da die Symptome in den beiden Zuständen sich so sehr ähneln können.

Durch ihr Eingreifen in die sozialen Verhältnisse gebührt der Psychiatrie eine Stellung, die sie von den anderen Zweigen der medizinischen Wissenschaft durchaus unterscheidet. Der Geisteskranke untersteht besonderen Rechtsverhältnissen, ist nicht fähig, über sich und andre zu disponieren, da ihm die freie Willensthätigkeit fehlt oder wenigstens verändert ist, er ist auch für Thaten, die sonst vor dem Strafrichter entschieden werden, nicht zur Verantwortung zu ziehen. Gerade in der Neuzeit beansprucht die Psychiatrie durch ihr Eingreifen in forensische Fälle eine immer grössere Bedeutung. Und wir können wohl sagen, dadurch zum grossen Teile, dass die Frage der zweifelhaften Geisteszustände für den Richter eine so eminente Bedeutung zur Beurteilung eines Rechtsfalles gewonnen hat, hat diese Spezialwissenschaft in den letzten Jahrzehnten einen so wesentlichen Aufschwung genommen, indem immer und immer wieder die Aufmerksamkeit des Forschers auf die Grenzzustände der geistigen Gesundheit und Krankheit, sowie auf die Betrachtung des ganzen Lebenslaufes des Erkrankten, als einer fortgesetzten Krankheitsgeschichte, gelenkt wird.

Und diese juristische Frage nach der geistigen Gesundheit eines Menschen und damit nach seiner Verantwortlichkeit für Strafthaten hat zu einer weiteren Erkenntniss, oder vielmehr zur genaueren Erforschung und zum Ausbau einer schon vorher bekannten Thatsache geführt.

Es hat sich herausgestellt, dass es eine Klasse Menschen giebt, die juristisch als nicht unbedingt geistig gesund, als nicht unbedingt für ihre Handlungen verantwortlich zu betrachten sind. Dazu gehören die von Koch sogenannten psychopathisch Minderwertigen, die gerade in jenem Grenzgebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen. Wenn sie auch entschieden nicht im Vollbesitz der geistigen Kräfte sind, können wir sie andererseits noch nicht zu den Geisteskranken im Sinne des Gesetzes rechnen mit all den rechtlichen und gesellschaftlichen Folgen solcher Erklärung.

Die Gebiete geistiger Gesundheit und Krankheit gehen eben, wie erwähnt, ohne Grenzscheide in einander über, ebenso wie vielfach ein deutlicher Übergang von körperlicher Gesundheit und Krankheit nicht festzustellen ist.

Nun ist der Vorschlag gemacht worden, zwischen den Gebieten der geistigen Gesundheit und Krankheit ein Gebiet der zweifelhaften Geisteszustände einzuschalten, worunter auch die Klasse der psychopathisch Minderwertigen fallen müsste.

So bestechend dieser Vorschlag namentlich in seiner rechtlichen Seite ist, dadurch dass dieser Menschenklasse eine verminderte Zurechnungsfähigkeit zuzu-

rechnen wäre, so verdoppeln sich die praktischen Schwierigkeiten, indem hierdurch wieder zwei neue Grenzgebiete geschaffen würden.

Darum ist es so oft allein der praktischen Erfahrung und dem mehr oder weniger grossen psychiatrischen Scharfblick des betreffenden Sachverständigen anheimgestellt, wie er sein subjectives Urteil abgeben will. Und hierdurch erklärt sich teilweise der leider so häufig sich völlig widersprechende Entscheid der gerichtlichen Sachverständigen, der natürlich das Laienpublikum, das die Schwierigkeiten nicht kennt und nicht erkennen kann, stutzig und gegen die Irrenärzte voreingenommen macht.

Die neuere Psychiatrie, als eine empirische Naturwissenschaft, sieht völlig ab von mystischen Erklärungen der „Psyche“ und hält sie für eine Funktion des Gehirns und zwar speciell der Grosshirnrinde. Wir suchen darum auch bei den krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens nach anatomischen Veränderungen im Gehirn zu deren Erklärung.

Nun hat sich aber durch vielfache und genaue Untersuchungen herausgestellt, dass anatomisch post mortem oft durchaus keine konstante und für die betreffende Psychose charakteristische Veränderung in der Gehirnrinde nachweisbar ist. Daraus ziehen wir nun nicht den Schluss, dass nicht die Gehirnrinde der Sitz der Psyche sei, sondern den, dass unsre heutigen Untersuchungsmethoden noch nicht ausreichend sind zur Erkennung der krankhaften Veränderungen, resp.

den, dass wir mit unsern Methoden Störungen, die intra vitam bestanden haben, post mortem noch nicht nachweisen können.

Die grössere Mehrzahl der psychischen Erkrankungen gehört zu den heutzutage noch sogenannten „funktionellen Psychosen", bei denen wir eine nur noch nicht nachweisbare Ernährungsstörung der Hirnrinden-Zellen als Ursache annehmen müssen. Und nur bei einer kleineren Reihe von Geisteskrankheiten, bei den sogenannten „organischen" Erkrankungen, finden wir konstante, regelmässig wiederkehrende, anatomische Veränderungen im Centralorgan.

Aber ohne Zweifel bestehen oder bestanden wenigstens intra vitam auch bei den funktionellen Psychosen pathologische Verhältnisse in den Rindencentren, Zustände, über die vielleicht die Mikrochemie noch bemerkenswerte Aufschlüsse zu geben im stande ist. Und vermutlich giebt gerade die Psychiatrie dem forschenden Menschengeiste noch viele lösbare Probleme, die Psychiatrie, die heute noch vielfach als Stiefkind in der Reihe der medicinischen Fächer betrachtet wird.

Ursachen der geistigen Erkrankungen.

Wodurch entstehen die geistigen Erkrankungen? Die Wissenschaft kennt eine grosse Reihe von Einflüssen, die mehr oder weniger schädigend auf das Gehirn bezgl. das Seelenleben des Menschen einwirkend, Geisteskrankheiten hervorrufen.

In früherer Zeit galten seelische Ursachen als Hauptgrund zur Entstehung von Geisteskrankheiten. Die heutige Wissenschaft steht auf einem andern

Standpunkt, erkennt diesen Grund nur selten als alleinige Ursache an, dabei genauerere Nachforschung sich fast regelmässig noch andre, mehr auf körperlichem Gebiete liegende Krankheitsursachen auffinden lassen.

Wir dürfen uns nicht damit genügen lassen, eine Schädlichkeit irgend welcher Art als sogenannte Ursache aufzufinden; es ist das ganze Leben des Kranken nicht nur, auch die Lebensverhältnisse der Verwandtschaft sind zu untersuchen. Und nicht selten finden wir hierbei, dass die sogenannte Ursache nebensächlich, fast bedeutungslos ist, im günstigsten Falle die Rolle des auslösenden Moments spielt.

Wir teilen im Allgemeinen, ohne dass gerade hierbei eine ganz scharfe Trennung möglich ist, die Ursachen der Geisteskrankheiten in innere und äussere.

Als innere Ursachen bezeichnen wir nur die, welche in der Eigenart des betreffenden Individuums begründet sind.

Nach dem Gesetz der Vererbung hat der Mensch schon in seiner Anlage eine Summe von charakteristischen Eigenschaften des Körpers und der Seele, er ist ein Produkt seiner Vorfahren, deren Eigenart noch vielfach in seinem Wesen erkennbar ist.

So sehen wir auch krankhafte Erscheinungen im Seelenleben der Nachkommen wiederkehren. Eine der Hauptursachen des Irreseins ist die Erblichkeit. Die Frage der Art der Vererbung von krankhaften Geisteszuständen erscheint ja noch nicht gelöst; über die Thatsache selbst besteht keinerlei Zweifel. Sicherlich können wir bei einer wesentlich grösseren Zahl von

Geisteskranken erbliche Belastung annehmen, als nur bei denen, deren Belastung bekannt geworden ist. Alle darüber angegebenen Zahlen sind als Minimalzahlen aufzufassen. Bei geschickter persönlicher Exploration findet man häufig krankhafte Familienanlage auch dann, wenn die Fragen nach hereditärer Belastung verneinend beantwortet waren. Nicht jedes Glied der Familie braucht ja krankhafte Zeichen aufzuweisen; manchmal überspringt die geistige Degeneration eine Generation, die Geschwister von erblich geistig Erkrankten können im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte stehen. Unter den Zuständen bei den Vorfahren und den Blutsverwandten Geisteskranker, die erfahrungsgemäss auf eine geringwertige geistige Anlage hindeuten, befinden sich ausser echten Geisteskrankheiten Nervenleiden aller Art, das Vorkommen absonderlicher Charaktere, auffallender Talente und Verbrechen in der Familie, Trunksucht, die teils selbst Zeichen eines krankhaften Seelenzustands sein kann, teils die verhängnisvolle Neigung zu schweren Nervenleiden der Nachkommenschaft erzeugt.

Wir müssen also nach diesen Erscheinungen bei den Blutsverwandten forschen. Auch die Häufigkeit des Auftretens von krankhaften Zeichen in der Verwandtschaft ist zu beachten, ohne dass gleichmässige Gesetze hieraus abgeleitet werden könnten. Bei der weiten Verbreitung der Nervosität, andererseits weil der Ueberblick sonst durch zu viel fremdes Blut in der Kreuzung gestört würde, empfiehlt es sich, zu untersuchen, ob in der gesamten Nachkommenschaft der Grosseltern sich psycho- oder neuropathisch B e l a s t e t e finden. (Nervenleiden etc., die auf trau-

matische Einflüsse z. B., nicht auf Familienanlage zurückgeführt werden müssen, gehören natürlich nicht hierher.) Von besonders verhängnisvoller Bedeutung hat es sich erwiesen, wenn sogenannte „gehäufte" Belastung besteht, sowohl in der väterlichen wie mütterlichen Linie die Disposition zu Nervenleiden vorhanden ist. Es erklärt sich hieraus das vielfache Auftreten von Geistesstörung in Familien, die vielfach mit einander verschwägert sind, in Gegenden, wo seit langem Heiraten im engsten Bezirk Sitte sind.

Ferner sehen wir, dass vielfach Psychosen auf der Basis eines schon vorher nicht intakten Geisteszustandes entstehen. Die neuere Psychiatrie betrachtet das ganze Leben des Kranken, um auch in scheinbar gesunden Zeiten krankhafte Zeichen nachzuweisen. Wir erfahren, dass der Knabe spät sprechen lernte, in der Schule mit Mühe mitkam, dass ein absonderlich verschlossenes Wesen bestanden habe, dass er vielfach den Beruf wechselte. Das Mädchen zeigte sich unordentlich, unwirtschaftlich, liederlich etc.

Die Widerstandsfähigkeit der Seele und des Körpers zeigt sich Schädlichkeiten gegenüber herabgesetzt; diese Menschen sind als praedisponiert zu psychischen Erkrankungen anzusehen.

Zu der angeborenen (oder auch erworbenen) psychopathischen Minderwertigkeit bezgl. zu der erblichen Veranlagung treten dann eine oder mehrere der als äussere Ursache von Geisteskrankheiten angenommenen Schädlichkeiten hinzu, als deren Gesamtfolge wir dann die geistige Erkrankung anzusehen haben. Aber auch bei vorher anscheinend völlig intakter

Psyche wird plötzliches Auftreten von akuten, schwer einsetzenden Geisteskrankheiten auf Grund jener aetiologischen Momente beobachtet, ebenso wie bei Belasteten ein anscheinend spontaner Ausbruch der Psychose.

Aber weshalb in dem einen Falle, bei mässiger oder gar nicht vorhandener Praedisposition beim Eintreten einer als Ursache angenommenen, wenn auch physiologischen Schädlichkeit, wie z. B. der Schwangerschaft, eine schwere Psychose ausbricht, während in dem anderen Falle, wo schwere Praedisposition jeder Art, wie gehäufte erbliche Belastung und psychopathische Constitution, vorliegt, auch beim Hinzutreten mehrerer jener Schädlichkeiten auch nicht die geringste psychische Änderung eintritt, ist für uns noch ein ungeklärtes Rätsel, ebenso wie jenes, weshalb in zwei anscheinend gleichen Fällen hier diese, dort jene Form der Geisteskrankheiten ausbricht.

Die äusseren Ursachen der Psychosen scheiden wir wieder in solche körperlicher und seelischer Art. Gemeinsam haben sie Alle, dass sie die Konstitution, die körperliche oder die geistige, schwächen.

Von den körperlichen Ursachen stehen die Gehirnkrankheiten an erster Stelle, besonders die Erkrankungen, welche die Hirnrinde betreffen. Fast bei jeder Erkrankung des Gehirns und seiner Häute sehen wir eine Veränderung im geistigen Wesen des Kranken, ohne dass meist eine scharf umrissene Form einer Geisteskrankheit vorliegt. Wir bemerken meist eine psychische Lähmung, Interesselosigkeit, Stumpfheit, die sich bis zur absoluten Bewusstlosigkeit steigern kann. Zu diesen Formen der psychischen Lähmung

treten noch häufig Zeichen körperlicher Lähmung. Eine Erkrankung, die bei tiefgehenden Veränderungen der Rinde mit psychischer Lähmung resp. Schwächung einhergeht, sehen wir in der Dement. paralyt.

Auch bei der multiplen Sclerose fehlen selten psychische Änderungen. Veränderungen der Blutcirkulation im Gehirn, Anaemie und Hyperaemie, Stauungen und Druckerscheinungen durch Ergüsse wie durch Ausschwitzungen sehen wir von psychischer Alteration gefolgt.

Vielfach sehen wir ferner Nervenkrankheiten mit psychischen Störungen vergesellschaftet. Eine gemütliche Änderung wird bei Chorea wohl niemals vermisst; wie häufig Epilepsie und Hysterie von wirklichen Seelenstörungen begleitet sind, weiss auch der Laie. Ja, gerade diese Nervenleiden prägen dem Charakter vielfach eigene Züge auf, als Zeichen der tiefgreifenden Änderungen der Seele durch diese Nervenkrankheiten bezüglich die beiden gemeinsamen tieferen Ursachen.

Vielfach muss die Entstehung von Geisteskrankheiten auf körperliche Erkrankung, besonders fieberhafter Art, zurückgeführt werden. Nicht zu selten schliessen sich an die Delirien bei Typhus und Pneumonie — also an Zeichen krankhafter Geistesthätigkeit — wirkliche Psychosen an, die durchaus nicht mit der Heilung der ursprünglichen Krankheit verschwinden. Von anderen fieberhaften Erkrankungen, die nicht selten den Geisteskrankheiten vorangehen, seien Gelenkrheumatismus und Influenza, die exanthematischen Erkrankungen und Diphtherie erwähnt. Auch bei chronischen Erkrankungen, wie Herzkrank-

heiten, Nierenerkrankungen, Tuberkulose etc., werden psychische Krankheiten beobachtet, die zum Teil auf Ernährungsstörungen, grossenteils aber wohl sicher auf Gift- (Toxin-) wirkung zurückzuführen sind. Auch die Stoffwechselkrankheiten und Schilddrüsenentartung erweisen sich manchmal als verhängnisvoll. Dass beim Morbus Basedowii meist psychische Veränderungen vorliegen, ist ja bekannt; auf die Veränderungen der Schilddrüse beim Myxoedem und dem endemischen Kretinismus sei hingewiesen.

Auch andre chemische, metallische und organische, Gifte erzeugen Geisteskrankheiten. Es sei hier Opium, Morphium, Cocaïn, Quecksilber, Blei, Brom, Chloral, Antipyrin, Chloroform und Aether erwähnt, an die sich mehr oder weniger typische, zum Teil auch charakteristisch für das betreffende Gift gefärbte Psychosen anschliessen. Wie häufig Alkohol seinen schwächenden und verderblichen Einfluss auf den Seelenzustand ausübt, ist leider nur zu bekannt, vielleicht im Publikum nur noch nicht bekannt genug.

Eine Krankheit, der von jeher die besondere Aufmerksamkeit der Irrenärzte gegolten hat, ist die Syphilis, obgleich wohl in manchem Falle die Lues, wenn überhaupt, nicht die einzige Ursache war. Aber es scheint doch festzustehen, dass besonders oft frühere Lues, die oft in leichter Form aufgetreten war, nach $1^1/_2$- bis 2 Dezennien als Ursache der Paralyse anzusehen ist, wie dies bei der verwandten Nervenkrankheit, der Tabes, wohl von den meisten anerkannt wird. Bei keiner Krankenuntersuchung darf darum die genaue Erforschung einer eventuellen Lues (da deren

Feststellung ja auch noch bestimmend für die Behandlungsart sein kann) unterlassen werden.

Von physiologisch schwächenden Ursachen ist zu nennen Menstruation, Gravidität, Puerperium und Laktation, sämtlich Zustände, die auf eine wesentliche Mitbeteiligung des Geschlechtslebens zum Zustandekommen geistiger Erkrankungen hindeuten. Und thatsächlich finden wir die meisten psychischen Erkrankungen zur Zeit der Höhe des Geschlechtslebens auftreten, vielfach an geschlechtliche Vorgänge gebunden, wie Menstruation, erste Cohabitation, manche in den geschlechtlichen Übergangszeiten, in der Pubertät und besonders im Klimakterium. Auch dem Gefühle des sexuellen Unbefriedigtseins wird ein gewisser Einfluss auf die Entwicklung psychischer Störung, meist erotischen Charakters, zugeschrieben.

Als allgemein schwächend, psychisch sowohl wie körperlich, ist sexuelle Ausschweifung und ihre Verkehrung, die Masturbation, zu nennen. Auch die Gewohnheiten des Malthusianismus sollen gewisse für das Seelenleben verderbliche Folgen haben.

Als äussere, vielfach beobachtete Ursachen geistiger Erkrankungen seien „Traumen" aller Art erwähnt. Vor allem sind es Verletzungen des Kopfes, die — häufig mit einer Gehirnerschütterung einhergehend — Geistesstörungen verursachen; doch auch Verletzungen andrer Körperteile können von geistigen Erkrankungen gefolgt sein. Auch hier finden wir wieder, dass manchmal schwere Kopfverletzungen ohne jeden Schaden ertragen werden, während leichtere andere Verletzungen von unheilvoller Bedeutung sind.

Als seelische Ursachen kommen psychische Traumen in Betracht, wie Schreck, Angst, Trauer, Unglücksfälle, oder länger wirkende, geistig schwächende Ursachen, wie sociales Elend, Not, Gefangenschaft, Selbstanklagen, Reue etc. Doch scheinen diese von weniger grosser Bedeutung zu sein als die vorher erwähnten körperlichen und vor allem die inneren Ursachen.

Allgemeine Erscheinungen geistiger Krankheiten.

Wir müssen das Seelenleben mit seinen vielfachen Äusserungen als die komplizierteste Funktion des menschlichen Körpers auffassen. Nicht nur feine Veränderungen des Körpers selbst bringt das Seelenleben zum Bewusstsein und Ausdruck, es setzt den Mensch durch die Verstandesthätigkeit, die Schlussfähigkeit in die Mitte der lebenden Welt, lässt uns die Wechselbeziehungen des Individuums zu allem und jedem ausserhalb erkennen.

Nach seinen Hauptäusserungen teilt die Psychologie das Seelenleben in verschiedene Unterarten ein. Da alle diese einzeln gestört sein können, bezüglich in jeder derselben bei Geisteskranken charakteristische und wichtige Veränderungen vorkommen, so unterscheiden wir Störungen

1) in dem Gefühlsleben,

2) in dem Vorstellungsleben,

3) in dem Triebleben

nach den Teilerscheinungen des Seelenlebens: Fühlen, Denken, Wollen.

Ausdrücklich muss schon hier bemerkt werden, dass Seelenstörungen nach nur einer Richtung des Seelenlebens hin die grosse Minderzahl bilden. In den meisten Fällen geistiger Erkrankungen sind mehrere jener Richtungen zusammen gestört; erst die Verbindung der Krankheitszeichen jedes einzelnen Gebietes ergiebt das gesamte Krankheitsbild. So ist z. B. bei der Melancholie neben der hauptsächlichen Störung, die sich auf das Gefühlsleben bezieht, meist noch das Verstandesleben durch Verlangsamung bis Aufhebung des Gedankenablaufs und das Triebleben durch verminderte Intensität des Wollens mitbeteiligt.

1) Störungen in dem Gefühlsleben.

Im Allgemeinen können wir eine expansive und eine depressive Störung des Gefühlslebens unterscheiden; das Gefühlsleben ist gesteigert oder herabgesetzt. Ferner kennen wir noch eine Störung des Gleichmasses in den Stimmungen, die erhöhte Labilität. Wir sehen dann die gemütliche Unstätigkeit.

Als Gefühle bezeichnen wir die Summe der uns durch unser Nervensystem vermittelten Empfindungen. Gesunde Gefühle werden durch äussere, ungesunde (im psychiatrischen Sinn) durch innere krankhafte Empfindungen ausgelöst. Die Summe der uns durch unsere Sinneswerkzeuge zugeführten Empfindungen und Gefühle nennen wir Lust oder Unlust. Die Empfindungen brauchen durchaus nicht über die Schwelle unseres Bewusstseins zu treten, wir brauchen durchaus noch nicht zu bemerken, dass wir angenehme oder unangenehme Empfindungen von aussen oder innen her

empfangen, um schon den Gesamtkomplex der Empfindungen auszulösen, den wir mit dem Namen „Lust oder Unlust“ benennen.

Bei der Störung des Gefühlslebens nach der expansiven Seite hin, sehen wir die Erscheinung erhöhter Lust und freierer, heiterer Empfindung. Da im allgemeinen keine Unlustgefühle zur Empfindung kommen, fallen die sonst im Seelenleben bestehenden Hemmungen in diesem Zustand völlig weg und eben als Reaktion auf dieses Wegfallen ist das erhöhte Lustgefühl anzusehen.

Ein gutes Beispiel leichterer Grade dieser Störung sehen wir im ersten Stadium des Alkoholrausches, das soviele Ähnlichkeit mit dem Zustand des Maniakalischen bietet.

Der Kranke hält sich für „ausserordentlich“ gesund in diesem Zustand; es besteht meist nicht die geringste Spur von Krankheitseinsicht.

Das Selbstbewusstsein ist sehr erhöht, der Kranke hält sich in jeder Beziehung für ausserordentlich leistungsfähig und greift thatsächlich alles in seiner Umgebung Vorfallende mit grossem Interesse auf. Doch dies Interesse ist nicht konstant, dem Überandrang von sich gegenseitig verdrängenden Gedanken fehlt jegliche Tiefe; alles Erscheinungen, die dem Beobachter als Ausfallserscheinungen auffallen und nicht als Erscheinungen erhöhter Leistungsfähigkeit.

Ein Vergleich mag dies erläutern.

Bei gewissen Rückenmarkserkrankungen finden wir bekanntlich beim Beklopfen der Patellarsehne eine sehr lebhafte Zuckung im Quadriceps und wissen doch,

dass die erhöhte Leistung durch krankhafte Prozesse, Unterbrechung der centrifugal laufenden reflexhemmenden Fasern bedingt ist. Ähnlich, mutatis mutandis, auf psychischem Gebiet.

Eine krankhafte Steigerung der Gefühlsempfindung sehen wir auch nicht selten, wenn Kranke auf gleichgültige Vorkommnisse hin mit heftigen Zornausbrüchen reagieren. Auch hierbei fehlt die beim Gesunden bestehende Hemmung, der Kranke überlässt sich rückhaltlos seinem an und für sich gesteigerten Empfinden.

Eine expansive Störung des Gefühlslebens finden wir bei der Manie und den manieartigen Stadien anderer Geistesstörungen, wie der Paralyse, der Idiotie, der Imbecillität, also meist Formen des erworbenen oder angeborenen Schwachsinns.

Bei den depressiven Störungen des Gemütslebens steht im Vordergrund die Erscheinung der vermehrten Hemmung, die vielfach in ihrer Gesamtheit das Bild der Unlust erzeugt.

Einfache Herabsetzung des Gefühlslebens sehen wir in den Erscheinungen der Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit. Die Kranken verlieren jegliches Interesse an ihrer Umgebung; alles, was sie vorher interessierte, wird ihnen gleichgültig, um Verwandte, Geschäft, ihre Umgebung kümmern sie sich nicht mehr. Wir beobachten hier alle Stadien der Interesselosigkeit bis zur völligen geistigen Stumpfheit. Bevor diese ganz in Erscheinung tritt, sehen wir lange noch als einzige Funktion im Empfindungsleben den Egoismus bestehen. Der Kranke hat in diesem Stadium

nur noch Interesse für sich und sein materielles Wohlergehen.

Diese Störung finden wir bei allen Schwachsinnsformen, bei den angeborenen wie bei den Paralysen und dem Altersschwachsinn.

Seinem Inhalt nach depressiv verändert ist das Gefühlsleben bei der traurigen Verstimmung. Ohne dass eine die Unlust physiologisch begründende Ursache vorliegt, kann der Kranke das Gefühl des Drucks, der Traurigkeit, der Hemmung der psychischen Thätigkeiten, die auf ihm liegt und häufig ganz genau empfunden wird, nicht von sich abschütteln. Jeder neue Eindruck, der durch seine Sinne ihm zugeführt wird, wird ihm zur Quelle der Unlust; ja gerade Eindrücke, die bei normalem Geisteszustande Lust hervorrufen, bewirken bei diesen Kranken eine wesentliche Vermehrung der Unlust. So sagte mir eine Kranke mit schmerzlichem Gesichtsausdruck: „Wenn ich andre Leute lachen sehe, so werde ich immer noch viel trauriger. Ich kann mich gar nicht freuen.“

Eine weitere Inhaltsstörung des Gefühlslebens ist das Vorhandensein pathologischer Angst. Vor den mehr oder weniger bestimmten Angstvorstellungen sehen wir häufig die anderweitige traurige Verstimmung in den Hintergrund treten; die grenzenlose, übermächtige Angst beherrscht das Krankheitsbild. Fast ausnahmslos bezeichnet der Kranke die Herzgegend als Sitz des Angstgefühls, nur selten den Kopf. Auch gewisse körperliche Zeichen pflegen bei dem Bestehen der Angst nicht zu fehlen. Blässe und Kälte der Haut, Schwäche der Herzaktion, Regelwidrigkeiten in der

Ausscheidung von Kot, Harn und Schweiss. In den höheren Graden steigert sich die unbestimmte Angst bis zur Bewusstlosigkeit. Leichtere Grade des Angstgefühles sehen wir in den Zwangsbefürchtungen auftreten, wie Platzangst etc.

Auch die Gemeingefühle wie Müdigkeit, Hunger, Ekel, Schmerz, Wollust können verändert sein. Der tobsüchtige Kranke spürt bei seinem tagelangen Wüten keinerlei Müdigkeit, verspürt kein Hungergefühl, besudelt sich mit den ekelhaftesten Ausscheidungen etc.

Die traurig verstimmten Kranken haben im Gegensatz zu den heiter verstimmten meist eine gewisse Krankheitseinsicht. Und grade dies Bewusstsein der vermehrten Hemmung wird von geheilten Kranken als eine der quälendsten Krankheitserscheinungen geschildert, da es sich unablässig und unabweisbar immer wieder in den Gedankenkreis dränge, und so einen circulus vitiosus erzeugt, der oft wohl eine Ursache des Selbstmordversuchs bildet. Denn der Selbstmord ist eine leider gar zu häufige Erscheinung bei den Kranken mit trauriger Verstimmung, da er ihnen der einzige Ausweg aus ihrer sie selbst so sehr quälenden Lage zu sein scheint.

Die Verhütung des Selbstmordes ist die Hauptaufgabe des Arztes bei Kranken dieser Art; denn die Umgebung ahnt ja fast nie etwas von den düstern Absichten des Kranken, während dieser schon lange bloss nach einer günstigen Gelegenheit sucht, um seine selbstmörderischen Gedanken auszuführen. Der Arzt aber muss wissen, dass fast alle traurig Verstimmten Selbstmordgedanken hegen und muss durch Belehrung

der Umgebung sowie durch entsprechende Bewachung und Gegenmassregeln jene Absichten zu verhindern suchen!

Die depressive Störung des Gefühlslebens wird beobachtet bei der Melancholie und in den melancholischen Stadien andrer Psychosen.

Wie oben erwähnt, kennen wir noch eine dritte Art der Störung des Gefühlslebens, die Labilität der Stimmung. Diese wird charakterisiert durch den ausserordentlich leichten Wechsel der Stimmungen („himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“), die ohne genügenden äussern Grund in den Extremen sich bewegen; also eine Art Gleichgewichtsstörung.

Es fehlt dem Seelenleben in diesem Falle die schöne Stätigkeit und Ruhe des abgeklärten Charakters. Darum ist dieser Seelenzustand in seinen leichteren Graden in den Pubertätsjahren so häufig anzutreffen, wo bei dem Auftreten von dunkeln Gefühlen so gern schwärmende Begeisterung auf der einen, wie Weltschmerz auf der andern Seite zu finden ist.

Als das Charakteristische dieser Seelenstörung erkennen wir den unbegründeten oder nicht genügend begründeten Stimmungswechsel. Bei dem unbegründeten Stimmungswechsel müssen wir wohl annehmen, dass unter der Summe der Empfindungen, die zusammen, ohne uns ins Bewusstsein zu treten, den Begriff der Lust und Unlust ausmachen, eine abnorm grosse Zahl von unangenehmen Empfindungen vorherrscht. Und eine ähnliche Ursache des Stimmungswechsels müssen wir bei den ungenügend oder nur halbwegs begründeten Fällen annehmen.

Auf einen leichten Reiz reagieren die Kranken in einer ganz unangemessenen Weise; sie wissen bald nicht, wohin mit all ihrem Glück und bald darauf brüten sie in ihrem Unglück die abenteuerlichsten Selbstmordgedanken aus.

Diese labile Stimmung finden wir bei Hysterischen, Neurasthenikern, öfters auch bei Epileptikern. In seinen höhern Graden bei Imbecillen, wo gerade der Stimmungswechsel oft das offenbarste Krankheitszeichen ist, bei vielen Alcoholikern und dementen Paralytikern etc.

2) Störungen des Vorstellungslebens.

Die Verstandesthätigkeit, das Denken, kann in mehrfacher Weise gestört sein.

Wie wir die Lust bezgl. Unlust als Summe der der Seele zuströmenden Empfindungen bezeichnet haben, so sehen wir in der Verstandesthätgkeit die Summe von mannigfachen Sinneseindrücken und deren Verarbeitung.

Der „formale Gedankenablauf“ kann gesteigert und gehemmt sein, Störungen, die häufig mit den entsprechenden Störungen des Gemütslebens Hand in Hand gehen. So sehen wir bei der Manie und den maniakalischen Stadien andrer Psychosen zugleich mit der heitern, unbegründet frohen Stimmung der Kranken einen erleichterten Gedankenablauf; die Gedanken strömen den Kranken in ungehemmter Reihenfolge zu, ja während ein Gedanke den Kranken noch beschäftigt, hat schon ein andrer ihn wieder ergriffen, ein Symptom,

das in seinen höheren Graden das Bild der „Ideenflucht" bildet.

Auf der anderen Seite wieder sehen wir eine Störung im Ablauf der Gedankenreihen in dem Hemmungszustand der Melancholiker etc.

Wenn auch bei jenen „Gemütskranken" die Störung des Gefühlslebens das Charakteristische des Krankheitsbildes bildet, so wird doch sehr häufig jene sekundäre Störung des Verstandeslebens beobachtet, die in dem gehemmten und verzögerten Denkprozess ihren Ausdruck findet. Der Kranke ist unfähig, in gewohnter Weise die Vorstellungs- und Gedankenreihen aneinander zu knüpfen und das Gefühl von dieser Hemmung, das Gefühl des über ihm liegenden geistigen Drucks vermehrt wieder sein Unlustgefühl, und dies wieder verhindert einen normaleren Gedankenablauf.

Durch die Verknüpfung der Sinneseindrücke erhalten wir eine Vorstellung von der Aussenwelt und von unserer Stellung in ihr, wir erhalten unser Selbstbewusstsein. In den höhern Stadien des Darniederliegens geistiger Funktionen, wo also weder regelmässig von den Sinnesorganen Rapport über die Aussenwelt erstattet wird, noch Gedankenverknüpfungen stattfinden, sehen wir eine Störuug des Bewusstseins, die von leichter Trübung des Selbstbewusstseins bis zur völligen Unkenntnis und Unklarheit über sich wechselt.

Durch unrichtige und unvollständige Auffassung der Sinneseindrücke sehen wir die Erscheinungen der Dämmerzustände und der Verwirrtheit entstehen.

Auch durch mangelnde Aufmerksamkeit, d. h. die Unfähigkeit, die Gedanken zu concentrieren, kann der Gedankenablauf in formaler Beziehung gestört sein. Die Kranken sind nicht im stande, einen Gedanken auszudenken, logisch zu verfolgen, da sich andre, vielleicht gar nicht damit im Zusammenhange stehende Gedankenreihen einschieben, die Aufmerksamkeit so ablenkend.

Bei den angeborenen tiefen Seelenstörungen des Cretinismus, der Idiotie und der Imbecillität ist entsprechend der tief darniederliegenden Intelligenz häufig eine Verlangsamung des Denkprozesses sogar in dem beschränkten Gedankenkreis jener Kranken zu finden.

Anzudeuten braucht man wohl bloss, dass das Gehemmtsein im Ablauf der Vorstellungen sich bis zum völligen Darniederliegen der geistigen Funktionen steigern kann, zu Zuständen, wie sie akut als Stupor und Melancholia attonita, wie sie chronisch in den Endstadien der Paralyse und senilen Demenz, des Jugendirreseins und in den Entwicklungsstörungen der Idiotie etc. zur Beobachtung kommen.

Wesentlicher aber als jene formale Seite des Gedankenablaufs bei den zuletzt erwähnten Seelenstörungen ist der geringe Gedankeninhalt jener Kranken. Von dem weltumfassenden Gedankenkreis Gesunder, die auf alles ihr Interesse richten, ist hier nichts zu sehen. Jene, wenn man so sagen darf, quantitativ im Seelenleben Geschädigten kennen vielfach nichts Anderes als einzig und allein das Interesse ihrer Person. Möglichst viel Speisen in möglichst kurzer Zeit herabzuschlingen unter argwöhnischer Beobachtung der Um-

gebung, ist eine leider so häufig auch bei solchen Paralytikern zu beobachtende Erscheinung, die früher nicht eine Spur von Egoismus gezeigt hatten.

Das von Haus aus mangelhaft veranlagte Gehirn der Idioten etc. lässt vielfach wohl keine logischen Gedankenverbindungen mehr zu, aber der Kranke hat wenigstens die Empfindung seines Ichs; Wünsche und Begierden leben in ihm.

Die Summe der früheren Sinneswahrnehmungen und Erfahrungen bezeichnen wir als Gedächtnis. Auch dieses zeigt Störungen mancherlei Art. Amnesie, völlige Erinnerungslosigkeit für einen Zeitraum, deutet auf tiefe Bewusstlosigkeit während dieser Zeit hin. Sie ist ein wichtiges Zeichen des epileptischen Anfalls und des epileptischen Aequivalents.

Mehr oder weniger starke Trübungen des Gedächtnisses werden bei einer grossen Zahl von Geisteskrankheiten beobachtet. Erwähnt sei die Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit beim Schwachsinn der Greise, der sich aus der geringen Lebhaftigkeit erklärt, mit der Sinneseindrücke dann aufgefasst werden, während häufig die Erinnerungsfähigkeit für längst vergangene Zeiten eine noch genügende ist.

Bei vielen Geisteskranken zeigt sich ferner das Seelenleben seinem Inhalt nach gestört, zeigt also qualitative Änderungen, hervorgerufen durch falsche Schluss- und Urteilsbildung.

Im wesentlichen bezeichnen wir diesen trughaften Gedankeninhalt als Wahnvorstellungen.

Die Wahnvorstellungen, die dem Laien ein unentbehrliches Kennzeichen der Geisteskrankheiten zu

sein scheinen, während sie nur bei einem gewissen Teile psychischer Krankheiten beobachtet werden, teilen wir im Allgemeinen in solche depressiven und expansiven Charakters ein, ohne dass indessen hierdurch eine verschiedene Wesenheit dieser beiden Formen bezeichnet werden soll.

Bezüglich der Art der Entstehung teilen wir die Wahnvorstellungen in solche, die durch Sinnestäuschungen bedingt und unterhalten werden, und in den Deutungswahn.

Die Entstehung des letzteren erklärt sich folgendermassen. Der Kranke, der vielleicht schon längere Zeit durch allerlei unliebe Verhältnisse in unwirscher Gemütslage war, bemerkt, dass er scharf angesehen wird. Stutzig gemacht durch diese Beobachtung, die er sich nicht recht erklären kann, schaut er emsig um sich, ob er noch mehr derartig Auffallendes bemerken kann. Und allmählich bemerkt der Kranke, dass das Interesse einer. ganzen grossen Gemeinschaft, einer ganzen Stadt sich um ihn dreht, dass er überall, wo er geht, mit Beobachtungen „verfolgt“ wird.

Er späht überall hin und überall scheint er auch zu bemerken, dass er von allen Seiten, mit allen möglichen Listen und Hilfswerkzeugen verfolgt und beobachtet wird. Und jede harmlose Äusserung, jeder Blick, der wirklich zufälligerweise auf den Kranken gerichtet wird, bestärkt ihn in seinem Wahn.

In gewisser Beziehung ist das direkte Gegenteil des Verfolgungswahns der Grössenwahn; der eine nach der expansiven, der andre nach der depressiven Seite

hin eine durch die Wirklichkeit nicht begründete Vorstellung. Vielfach gehen beide aus einander hervor; und zwar geht der Verfolgungswahn dem Grössenwahn in den meisten Fällen voraus, obgleich dieser Zusammenhang durchaus nicht notwendig ist. Der Kranke, der sich von allen Seiten beobachtet und verfolgt sieht, sucht nach einer Erklärung dazu und findet sie darin, dass er etwas Aussergewöhnliches sei. Was er ist, das wechselt mit dem Charakter der Zeit, wie ja auch besonders die Art der Verfolgung wechselt; während früher der Satanas mit allen seinen Teufeln erschien und den Kranken mit glühenden Zangen zwickte, verfolgen heute Anarchisten, Freimaurer, Jesuiten und Juden durch Elektrizität, durch Telephon und Telegraph. Also das Äussere der Wahnvorstellung wechselt je nach der Kulturlage, der depressive Charakter ist zu allen Zeiten und Orten derselbe.

Unter den depressiven Vorstellungen kommen immer die gleichen Typen wieder: Verfolgung (von aussen), Versündigungsvorstellungen, Kleinheitsvorstellungen und hypochondrische Gedanken, die sich auf den eigenen Körper beziehen. Bei Grössenvorstellungen ist die so häufig fehlende Krankheitseinsicht auffallend. Wie der Phthisiker im Endstadium noch froher Hoffnung Pläne schmiedet, hält sich der demente schwache Paralytiker für hervorragend gesund und kräftig; vielfach bewegen sich seine Gedankenkreise auf erotischem Gebiete. Allbekannt sind die Vorstellungen Geisteskranker, in hervorragender sozialer Stellung sich zu befinden, Kaiser, Papst etc. zu sein.

Vielfach haben diese Grössenvorstellungen religiösen oder auch erotischen Anstrich.

Nach der Bedeutung, die eine Wahnvorstellung im Seelenleben der Kranken gewinnt, bezüglich nach ihrer Dauer im Gedankenleben unterscheiden wir den „fixen" von dem wechselnden Wahn. Letzterer taucht im Seelenleben auf und verschwindet, nachdem er mehr oder weniger darin geherrscht hat, der fixierte Wahn dagegen verändert die psychische Persönlichkeit.

Übrigens kann auch beim fixen Wahn im Laufe der Zeit durch Ausbau und Zufügung neuer Beziehungen eine wesentliche Änderung der Erscheinungsform auftreten.

Wahnvorstellungen, die längere Zeit andauern, zeugen von einem tiefen Intelligenzdefekt. Der Verstand hat nicht mehr die Fähigkeit, gewisse, falsch gedeutete Wahrnehmungen zu korrigieren: erst auf dieser Basis der geschwächten Intelligenz kann sich dann der Wahn entwickeln nnd weiter ausbauen. Denn vielfach bleibt der Kranke bei seiner einfachen Wahnvorstellung nicht stehen, sondern er baut diese, sobald sie fixiert worden ist, nach allen möglichen Richtungen hin aus, indem er alle an ihn herantretenden Erscheinungen und Vorfälle im Sinne seines Wahns auffasst und zu deuten sucht, sie zu einem „Wahnsystem" zusammenfasst.

Wahnvorstellungen, die von vorn herein oder nach kurzem Bestehen von Verfolgungswahn in das Gebiet des Grössenwahns gehören, deuten auf eine tiefere und schwerere Intelligenzschädigung und sind prognostisch auch ungünstiger zu beurteilen.

Wie erwähnt, entstehen vielfach Wahnvorstellungen durch Sinnestäuschungen. In andern Fällen treten zu den Wahnvorstellungen Sinnestäuschungen hinzu, bewirken deren Fixation und weiteren Ausbau.

Hier ist zu bemerken, dass wohl in seltenen Fällen Wahnvorstellungen ganz ohne Sinnestäuschungen lange bestehen können, dass aber im allgemeinen Sinnestäuschungen, die Macht über das Seelenleben eines Kranken gewinnen, nicht bei noch Geistesgesunden auftreten, sondern bei solchen Menschen, in deren Geistesleben ein Wahngedanke sich schon eingenistet hat und sie zur Entstehung der Sinnestäuschung praedisponiert. Die fast mit Sicherheit dann eintretenden Sinnestäuschungen erhalten eine unbedingt beweisende Kraft für den schon wahnhaft Erkrankten.

Wir unterscheiden hauptsächlich zwei Arten von Sinnestäuschungen, Illusion und Halluzination. Unter „Illusion“ verstehen wir die falsche Deutung eines wirklich empfundenen Sinneseindrucks.

Illusionen, im speziellen Sinne des Wortes, kennt wohl jeder aus eigener Erfahrung.

Ein Weidenbaum im Dunkel der Nacht wird als Räuber gedeutet, das Säuseln des Windes in den Blättern als Flüstern von Feinden, das Knarren eines Balkens als Tritt des Verfolgers. Ja, sicher ist ein grosser Teil unsrer sinnigsten Volkspoesie, unsrer Sagen und Märchen, auf Illusionen zurückzuführen (Erlkönig).

Diese Erscheinung, die schon so häufig bei Geistesgesunden gefunden wird, tritt in noch wesentlich erhöhtem Masse bei Geisteskranken auf. Der Lichtschimmer, den die Lampe in der Höhe der Zelle wirft,

wird als Strahlenkranz empfunden, der um Christi oder Marias Haupt glänzt. Aus dem Geräusch, das der Kranke aus der Nachbarzelle vernimmt, hört er die wunderbarsten und beglückendsten Offenbarungen heraus.

Die andre Art von Sinnestäuschungen, die Halluzinationen, entstehen ohne äussern Anlass, bloss durch centralen Reiz; Halluzinationen sind nicht wirklich empfundene, nur falsch gedeutete Sinneseindrücke, sondern sind im Allgemeinen durch cortikale Reizung, also rein central (ohne äussere Ursache), entstandene Erinnerungsbilder, die peripher lokalisiert werden. Wie der Amputierte Schmerzen im weggenommenen Glied empfindet, weil irgendwo im Verlaufe der Nervenfaser auf diese ein Reiz ausgeübt wird, der in gewohnter Weise im Centralnervensystem das Erinnerungsbild von Schmerz etc., das peripher an der altgewohnten Stelle lokalisiert wird, auslöst; so hat wohl der Geisteskranke Sinnestäuschungen von greifbarer Wirklichkeit, weil sein Centralnervensystem in abnormer Reizung sich befindet. Dass indessen auch gewisse periphere Reize bei der Entstehung von Sinnestäuschungen mitwirken können, dafür spricht das nicht seltene Bestehen von Ohrleiden bei Gehörshalluzinanten, sowie vor allem das einseitige Auftreten von Halluzinationen im Gehörssinne.

Alle Sinne können Täuschungen unterworfen sein. Von besonderer Bedeutung sind die Halluzinationen im Gesichts- und Gehörssinn. Gewisse stets wiederkehrende Formen von Gesichtstäuschungen, Visionen, sind Erscheinung von hehren Gestalten, Engeln,

Christus, Gott, von hohen Herrn, Kaisern und Königen. Auf der andern Seite sind oft schreckhafte Visionen zu bemerken, Teufel, Missgestalten, schwarze Männer, Tiere aller Art (dies nicht nur beim Alcoholdelirium!). Von noch grösserer Bedeutung sind die Gehörstäuschungen. Während manchmal nur unbestimmte Geräusche gehört werden, hie und da Lärm, Musik, geben die Kranken meist an, „Stimmen" zu hören. Diese sind oft unbestimmter Art, oft von eigener Klangart, von männlicher oder weiblicher Stimme, von mehreren, kommen aus der Decke, dem Ofen, dem Unterleib. Es finden auch ganze Unterhaltungen mehrerer Stimmen statt. Dem Inhalt nach sind sie beglückenden Inhalts („Du bist König, Heiliger etc.") oder erschreckenden, drohenden, schimpfenden Charakters. Nicht selten ruft die Stimme dem Kranken Befehle zu, die er unbedingt erfüllt, z. B. das Essen zu verweigern, eine Gewaltthat zu begehen u. s. w. Diese Sinnestäuschungen sind vielfach von übernatürlichem, eigenartigem Charakter und gewinnen gerade hierdurch eine überzeugende Macht auf den Kranken.

Die Täuschungen der andern Sinne treten hiergegen an Bedeutung zurück. Sie sind meist unangenehmer Art; es schmeckt nach Giften, Morphium, Menschenfleisch, riecht nach Leichen, die Kranken fühlen sich wie verdorrt und verbrannt.

Während Illusionen durchaus nicht pathologischer Natur zu sein brauchen, müssen wirkliche Halluzinationen als im allgemeinen unbedingt pathologisch angesehen werden (obgleich ja auch bei Geistesgesunden wie Luther und Goethe Halluzinationen vorgekommen sein sollen).

Jedoch ist in praxi der Unterschied zwischen Halluzination und Illusion, so leicht und einfach die theoretische Unterscheidung ist, durchaus nicht mit Leichtigkeit zu stellen, und in vielen Fällen ist es einfach unmöglich, zwischen diesen beiden Möglichkeiten (es können auch Mischungen vorkommen) die Entscheidung zu treffen.

Einen gewissen Anhaltspunkt giebt uns das oft eigenartige Benehmen der Halluzinanten.

Erscheinungen wie die, dass Kranke sich stets Watte, Papier, die Finger in beide oder in ein Ohr stecken, Hinstarren und Hinhorchen in Ecken mit ängstlichem und gespanntem Gesichtsausdruck, Verstopfen von Ritzen und Löchern, Bedecken des Gesichts, Verkriechen unter die Bettdecke, öfteres unmotiviertes Auflachen oder Ausstossen von Schimpf- und Drohworten, von Worten, die wie Antworten in einem Zwiegespräch klingen, sind Hinweise darauf, dass echte Halluzinationen bestehen.

Wohl zu beachten ist, dass der Inhalt der Sinnestäuschungen, Illusionen sowohl wie Halluzinationen, sich meist im Einklang mit der Gemütsstimmung oder der Gedankenwelt des Kranken befindet; fast stets bestehen in den Sinnestäuschungen feste, mehr oder weniger durchsichtige Beziehungen zu der Person des Kranken und dessen Wahn. Treten in Fällen trauriger Verstimmung plötzlich Halluzinationen erotischen oder überhaupt expansiven Charakters auf, so kann meist nachträglich festgestellt werden, dass die Stimmungslage vor dem Auftreten der neuen Art von Sinnestäuschungen sich verändert hatte.

Durch die Trugwahrnehmungen wird der Gedankeninhalt des Kranken gefälscht, vielfach werden dadurch die Wahnvorstellungen geweckt und befestigt.

Bezüglich der Bedeutung der Wahnvorstellungen für das Seelenleben der Kranken können wir folgendes unterscheiden. Entweder sie bilden den Grund und Eckstein des ganzen Seelenlebens, nach dem alles übrige, was dem Kranken begegnet, gemodelt und gedeutelt wird (Paranoiker), oder sie treten vorübergehend, jedenfalls nicht fixiert oder systematisiert ins Bewusstsein der Kranken (bei Manie, Melancholie, Paralyse etc.). Es fehlt im letzteren Falle eben das Charakteristikum des fixierten Wahns, dass alles sich um ihn dreht, dass er den Angelpunkt des „verrückten" Seelenlebens bildet.

3) Störungen des Trieblebens.

Auch dies Gebiet des Seelenlebens kann in verschiedener Art, besonders aber quantitativ und qualitativ gestört sein in seinen beiden Haupterscheinungsarten, dem Wollen und dem Handeln.

Da nun Wollen und Handeln durch Gefühle und Vorstellungen bedingt und geleitet wird, so sind bei den Störungen dieser Äusserungen des Seelenlebens meist die andern mitbeteiligt.

Das Wollen und demzufolge das Handeln kann in verschiedenen Graden herabgesetzt sein, bis zum völligen Erlöschen jeden Trieblebens überhaupt, bei allen mit psychischer Hemmung einhergehenden Störungen, so bei der Melancholie, und bei allen psychischen Schwächezuständen, auch besonders bei den Katatonikern.

Die psychische Hemmung und Lähmung geht oft infolge der allgemeinen psychischen Anaesthesie bis zu einem so hohen Grade, dass die niedrigsten tierischen Triebe, wie Hunger- und Durstbefriedigung, nicht mehr ausgeführt werden, dass diese Kranken ständig gefüttert und — wegen ihrer Unreinlichkeit — abgewartet werden müssen.

Eine Vermehrung des Trieblebens können wir in den meisten Exaltationszuständen bemerken; und zwar oft als ein Frühsymptom derselben. So wird oft bemerkt, dass eine beginnende Manie durch Vielgeschäftigkeit sich ankündigt, dass ein beginnender Paralytiker eine auffallende Unternehmungslust entwickelt. Auch die als Frühsymptom der Paralyse bekannte Kauflust der Kranken, die Putzsucht und Lebhaftigkeit muss unter diese krankhafte Steigerung des Trieblebens gerechnet werden.

Wie wir in dem Bewegungsdrang, der Lust zu schreien und zu toben, eine Steigerung der Thätigkeit durch verstärkten Willensantrieb sehen, so finden wir auf der andern Seite durch mangelnde oder verringerte Willensreize verursacht die Erscheinung der Teilnahmslosigkeit, des stumpfsinnigen Verharrens an einem Platze und in einer Stellung bei den stuporösen Zuständen der Melancholiker, Katatoniker und Paralytiker.

In qualitativer Beziehung zeigt sich das Triebleben verändert, indem die Triebe sich auf Absonderliches richten; also es besteht nicht selten eine Perversion der Gelüste. Noch in das Gebiet des Physiologischen fallend sind die bekannten häufig bemerkten

abnormen Gelüste Schwangerer oder auch die chlorotischer Mädchen nach Kalk etc.

Der höchste und unangenehmste Grad von Verkehrung des Nahrungstriebes ist die manchen Geisteskranken nicht abzugewöhnende Gewohnheit, ihren eigenen Kot oder ihr Menstrualblut zu geniessen, mit ihren Ausleerungen zu schmieren.

Zwischen diesen Grenzen bewegen sich in ununterbrochener Folge die mannigfachen Verkehrungen des Esstriebes.

Man hat früher geschrieben über Pyromanie, Kleptomanie u. s. w. und verstand darunter Störungen des Trieblebens nach nur einer einzigen Richtung hin, Monomanieen, also partielle Seelenstörungen bei sonst intakter Psyche.

Ueber diese Theorien ist die neuere Wissenschaft zur Tagesordnung übergegangen, sind sie obsolet, da die genauere Untersuchung bei derartig Kranken stets noch weitere psychische Defekte erkennen lässt.*) Solche, an „moral insanity" etc. Leidende gehören zum grössten Teil der Klasse der Imbecillen, der Entarteten, der „psychisch Minderwertigen" an.

Unter die Verkehrungen des Trieblebens müssen wir auch die Zwangshandlungen rechnen, die Sucht, sich ständig zu waschen etc.

Wichtige Aufschlüsse über den Geisteszustand von

---

*) Speciell sind derartige, früher sogenannte Monomanieen, die plötzlich auftretend, sich in einem (bei wiederholten Auftreten oft sich auffallend gleichenden) Gewaltakt äussern, häufig Zeichen einer epileptischen Psychose, sogenannte epileptische (psychische) Aequivalente.

Kranken giebt uns nicht selten die formale Seite der Sprache und der Schrift als der Mittel zum Gedankenausdruck.

Eine Störung des Trieblebens hat in neuerer Zeit durch gründliche Untersuchungen ein besonderes Interesse für den Psychiater gewonnen, die Störungen im Geschlechtsleben, über die v. Krafft-Ebing seine mustergiltigen Untersuchungen veröffentlicht hat, nachdem durch mehrere Publikationen schon die Aufmerksamkeit des Fachmannes und des Richters — denn diese Störungen haben eine enorme forensische Wichtigkeit — auf dies Gebiet gelenkt war.

Es herrscht heutzutage die Ansicht, dass Verkehrungen wie Masochismus, Sadismus, Sodomie, ja auch die stärkste Verkehrung des Geschlechtstriebes, die Neigung zum eigenen Geschlecht, Homosexualität, als solche noch nicht Zeichen einer geistigen Erkrankung sind; dass aber sexuelle Perversionen ausserordentlich oft von psychischen Störungen begleitet sind, und darum ein immerhin für den psychischen Zustand des betreffenden Individuums bedenkliches Zeichen sind, das uns veranlassen muss, scharf nach etwaigen Zeichen des Irreseins zu forschen.

Über die Behandlung Geisteskranker.

Entsprechend der heutigen Ansicht über das Wesen der Geistesstörungen als Erkrankungen des Gehirns und nicht als eine mystische Folge gesteigerter Leidenschaften oder Teufelsbesessenheit, gehört die Behandlung Geisteskranker ins Gebiet der ärztlichen, nicht aber der seelsorgerischen Thätigkeit.

Gegen Psychosen als solche giebt es kein Spezifikum. Auch die Hebung einer Schädlichkeit, die wir als ursächliches Moment für den Ausbruch der Psychose ansehen müssen, wie z. B. einer Mastitis im Wochenbett, bewirkt nicht die Heilung der geistigen Erkrankung; sondern diese nimmt, nachdem sie einmal durch irgendwelche Schädigung hervorgerufen ist, ihren gesetzmässigen Ablauf.

Nach unsern Ansichten beruhen die „funktionellen" Psychosen auf Ernährungsstörungen des Gehirns. Dementsprechend sind schon vielfach Versuche gemacht worden, durch veränderte Ernährungsbedingungen des Gehirns, sei es durch Vermehrung oder Verminderung der Blutfülle, die Psychose zu heilen; leider ohne Erfolg.

Nur gegen eine als Ursache von Geisteskrankheiten bekannte Allgemeinerkrankung, die Lues, bieten sich uns bessere Aussichten bei der Behandlung. Denn es ist öfters beobachtet, dass gewisse Formen psychischer Störung durch antisyphilitische Kuren wesentlich gebessert wurden. Man hat in diesen Fällen wohl eine spezifische Gefässerkrankung anzunehmen, nach deren Hebung zugleich mit der normalen Gewebsernährung auch die Heilung der geistigen Erkrankung eintritt.

Nach dem alten Erfahrungssatze, dass Krankheiten verhüten leichter ist als Krankheiten heilen, hat auch der Arzt der Entstehung von Geistesstörungen nach Möglichkeit vorzubeugen. Wenn um Rat angegangen, verbiete er das Heiraten früher Geisteskranker, und neuro- oder psychopathisch stark Belasteter. Er

suche während der Entwicklungsjahre eine geistige Erschöpfung durch Überbürdung zu verhüten, er suche eine Berufswahl zu verhindern, die nachweisbar oft mit geistigen Schädigungen verbunden ist. Beginnende Psychosen suche er nicht in Wasserheilanstalten oder durch Reisen und Zerstreuungen heilen zu wollen, sondern führe sie frühzeitig, solange noch nicht kostbare Zeit zur Heilung verstrichen ist, einer sachverständigen und sachgemässen Behandlung zu.

Der grösste Teil aller psychisch Kranken bedarf, mindestens zeitweise, der Anstaltsbehandlung; nicht nur die sogenannten „Gemeingefährlichen".

Die Versetzung in die Anstalt ist in vielen Fällen von geradezu wunderbarem Einfluss auf die Kranken in den akuten Stadien ihrer Psychosen. Sie werden den ewigen Reizeinflüssen, denen sie in ihrer Familie ausgesetzt sind, entzogen, sie gewinnen Ruhe vor der Umgebung und Ruhe für ihr Seelenleben. Nur die Anstalt kann die mannichfachen Einrichtungen besitzen, über das nötige Personal verfügen, das zur Behandlung und Pflege Geisteskranker unumgänglich nötig ist.

Eine moderne Irrenanstalt ähnelt immer mehr andern Krankenhäusern. Namentlich die Wachabteilungen, in denen die frischen Fälle, die unreinlichen, selbstmordverdächtigen und körperlich Kranken behandelt werden, gleicht einem Krankenhause für innerlich Kranke. Die ruhigen und chronisch Kranken befinden sich in andern Räumen oder Häusern, werden regelmässig beschäftigt mit Hausarbeit, Lesen, Spielen und in den ländlichen Anstalten mit Garten- und

Feldarbeit. Gerade durch diese andauernde, den Kranken interessierende Thätigkeit in der freien Natur wird dem Verfall der geistigen Kräfte sehr entgegengearbeitet.

Der aufgeregte Kranke wird zu Bett gebracht, ebenso wie alle frisch in die Anstalt eingetretenen Kranken, da schon die Bettruhe allein Erregungszustände öfters wirksam bekämpft. Nützt dies allein nichts, muss man mit Narcoticis und den anderen nachher zu besprechenden Mitteln Ruhe zu schaffen suchen — und erst im letzten Fall die Isolierung anwenden. Die Isolierung Geisteskranker, in den meisten Anstalten das einzige, was noch aus der alten grausamen Art der Irrenbehandlung herübergenommen ist in die heutige Behandlungsweise des „No restraint“, soll nur ausnahmsweise und auch nur für möglichst kurze Zeit angewendet werden. Die Zellen selbst sollen hell, luftig, warm, sauber, leicht zu reinigen (Parquettboden) sein und müssen von aussen vollkommen übersehen werden können (möglichst Vermeidung vieler Winkel). Sind Kranke isoliert, so sollen sie regelmässig beobachtet werden und sobald sie einigermassen ruhig geworden sind, wieder aus der Zelle herausgelassen werden. In der Zelle selbst können sie nicht in ihrer gewöhnlichen Krankentracht eingeschlossen bleiben, weil mit derselben nur allzu leicht ein Selbstmordversuch ausgeführt werden kann: es empfiehlt sich als Zellenbekleidung ein Anzug aus unzerreissbarem Zeug, der auf dem Rücken durch Metallknöpfe so verschlossen ist, dass der Kranke ihn nicht öffnen kann.

Nach unserer Auffassung der Psychosen als Krankheiten, die auf körperliche Ursachen zurückzuführen sind, behandeln wir die Geisteskranken symptomatisch, nach den Indikationen der inneren Medizin.

Im Vordergrunde steht die hygienisch-diätetische Behandlung. Es ist wohl als wichtigste Aufgabe die Erhaltung der Körperkräfte des Kranken anzusehen. Der Arzt hat die geregelte Nahrungsaufnahme zu kontrollieren. Regelmässige Wägungen der Kranken fehlen darum in keiner gut geleiteten Anstalt.

Manche Geisteskranke, die eine unregelmässige Nahrungsaufnahme aufweisen, bedürfen der Ernährung durch fremde Hand, entweder durch Fütterung, durch Nährklysmen oder vermittelst der Schlundsonde.

Am besten nimmt man als Sonde mittelweiches, elastisches Gummirohr und vermeide zu harte und zu weiche Rohre, da beide Schaden anstiften können. Die Sonde wird am besten durch die Nase eingeführt. Gelingt dies nicht, so müssen die oft fest zugeklemmten Zähne, eventuell durch Vermittlung einer willkommenen Zahnlücke, durch eine Mundsperre geöffnet, und die Sonde durch den Mund eingeführt werden.

Nach Einführung der Sonde konstatiere man die richtige Lage durch Auskultation des Magens, während Luft durch den Schlauch geblasen wird. Beim unrichtigen Einführen, also durch den Kehlkopf, wird meist ein starker Reflexhusten ausgelöst.

Dann wird die aus möglichst concentrierter, leicht verdaulicher Nahrung bestehende, eventuell mit Arzneizusätzen versehene Flüssigkeit (Milch, Eier,

Fleischextrakt, Wein etc.), die etwa $^1/_3$ l. betragen kann, langsam eingegossen. Beim Herausziehen der Sonde gehe man, indem man die Sonde mit den Fingern zusammendrückt, rasch über den Kehlkopfeingang hinweg, um ein Hineinträufeln von Flüssigkeit und damit das eventuelle Zustandekommen einer Schluckpneumonie zu vermeiden. Sträubt sich der Kranke gegen die Sondenernährung allzusehr, so ist die Clysmenernährung indiciert, die jedoch kaum zur Erhaltung der Körperkräfte hinreicht.

In neuerer Zeit werden die Kräfte nahrungsverweigernder Kranker auch durch subcutane Infusion von sterilisierter physiologischer Kochsalzlösung oder Oel erhalten.

Die künstliche Ernährung muss spätestens nach 2—3 Tagen völliger Nahrungsverweigerung eintreten.

Während Elektrizität und Massagebehandlung von keinem wesentlichen Einfluss auf Psychosen sind, haben wir in richtig geleiteter Wasserbehandlung einen vortrefflichen Helfer.

Laue protahierte Bäder, nötigenfalls mit l a u e n Regendouchen, feuchtwarme Wickelungen u. Packungen, Kopfkompressen genügen häufig völlig zur Beruhigung der Kranken und Erzielung gleichmässigen tiefen Schlafes.

Erst wenn die physikalische Behandlung versagt, greifen wir zu den narkotischen Mitteln. Opium (besonders bei Angstzuständen), Morphium, Codein, Hyoscin, Chloral, Sulfonal und Trional sind hier die je nach der Eigenart der Fälle indizierten Schlafmittel. Das Paraldehyd hat leider die Unannehmlichkeit des

lang andauernden Knoblauchsgeruchs. Brom (vielfach in der Form des Sandowschen Brausesalzes) findet seine Hauptanwendung bei den epileptischen Psychosen.

Nach Ablauf des Erregungszustandes tritt die psychische Behandlung in ihr Recht. Der Arzt sei dem Kranken gegenüber unbedingt wahr und zeige ihm, dass er ihn für krank hält. Anderenfalls, wenn der Kranke bemerkt, getäuscht worden zu sein, wird er mit berechtigtem Misstrauen erfüllt; die Hauptsorge des Arztes im Verkehr mit seinen Geisteskranken muss die sein, ihr vollstes Vertrauen zu besitzen, in noch viel höherem Grade als bei körperlich Kranken.

Den vielfach geäusserten Wahnideen stimme man nicht zu, zeige ruhig, dass man sie für krankhaft hält, andrerseits dürfen sie nicht ironisch abgethan werden — der Kranke würde sie nur dissimulieren, sie im Innern zu nur immer grösserer Macht kommen lassen. Durch den täglichen Verkehr mit seinen Kranken soll der Arzt eine beruhigende Wirkung auf sie ausüben, sie sollen wissen, dass mitfühlend aus warmem Herzen für sie gesorgt wird.

Besonderer Pflege bedürfen die unreinlichen Kranken, die Urin und Kot unter sich lassen und eventuell damit, sowie mit dem Menstrualblut sich beschmieren. Bei diesen ist durch häufiges Nachsehen und sofortige Reinigung, event. durch Baden, der Schaden, den die Unreinlichkeit anrichten kann, zu beseitigen.

Denn bekannt ist ja, dass beschmutzte Kranke infolge der Zersetzungsvorgänge auf der Haut leichter „sich durchliegen“, zum Decubitus neigen.

Auf die Verhütung und event. Heilung des Decubitus hat der Arzt durch Instruierung des Personals sowie durch häufiges eigenes Nachsehen hinzuwirken. Demente Kranke scheinen besonders zum Durchliegen prädisponiert zu sein. Fast jeder Irrenarzt hat seine besondere Methode, wie er dem Durchliegen am wirksamsten zu begegnen sucht, sei es durch Lagerung auf Wasser- und Luftkissen, auf Holzwolle, Hobelspänen, Moos, Torf etc.

Über die Untersuchung Geisteskranker.

Die Untersuchung Geisteskranker ist im allgemeinen eine Sache der Erfahrung; aber auch der praktische Arzt muss von der Technik derselben das Notwendigste wissen.

Man trete dem zu Untersuchenden freundlich, aber bestimmt entgegen.

Der Untersucher muss unter allen Umständen das Vertrauen der Kranken gewinnen, er muss dem Kranken zeigen, dass er ein lebhaftes Interesse und reges Mitgefühl für ihn hat. Merkt man, dass der Kranke Misstrauen gegen den Arzt hegt — und so viele Paranoiker sehen ja in jedem Menschen einen neuen Verfolger — so verschiebe man die weitere Exploration auf eine gelegenere Zeit, d. h. man wiederhole sie, nachdem der Kranke sich durch die täglichen Besuche des Arztes an dessen Person gewöhnt und sich — sit venia verbo — von seiner Unschädlichkeit überzeugt hat. Ausserdem ist es bei einer ersten Untersuchung meist kaum möglich, in alle Richtungen des

Seelenlebens eines Kranken einzudringen und alle krankhaften Bestandteile desselben zu erkennen.

Die Papiere, die ein Kranker mit in die Anstalt bringt, geben dem Untersucher schon einen gewissen Anhalt; wichtiger ist die Erkundigung bei den Verwandten oder näheren Bekannten.

Viele Geisteskrankheiten umfassen ja das ganze Leben, andre bauen sich auf den Boden einer geistigen Minderwertigkeit auf. Man forsche also nicht nur nach den Vorgängen kurz vor der Einlieferung in die Anstalt, sondern suche sich ein Bild von dem ganzen Vorleben zu machen. Abstammung — nicht zu selten findet man ja zufällig auch bei den Verwandten psychopathische Züge, die das Krankheitsbild zu erklären imstande sind — auffallende Züge aus den Entwicklungsjahren, Eigentümlichkeiten des Charakters und der Lebensführung, vorausgegangene Krankheiten u. s. w. ziehe man in den Bereich der Fragen. Auch erfährt man, ob schon früher Irresein bestanden hat, bei cyklischen oder periodischen Psychosen.

Wichtige Anhaltspunkte zur Beurteilung des Kranken erhält man durch Vergleich von seinen und der Verwandten Aussagen über dieselben Punkte.

Die Untersuchung teilt sich naturgemäss in solche auf den körperlichen und geistigen Zustand.

Der körperliche Befund entscheidet ja z. B. die Differentialdiagnose zwischen funktioneller Psychose und der auf schwerer organischer Basis beruhenden Seelenstörung, der Paralyse, bei denen das geistige Bild sich oft ähnelt.

Bei der Betrachtung des Allgemeinzustandes sehen

wir nach dem Alter (manche Psychosen bevorzugen ja besondere Altersklassen), vorzeitigem Gealtertsein, Kräftezustand, Blutarmut und Missbildungen aller Art.

Eine genaue körperliche Untersuchung ist unerlässlich, da ja vielfach körperliche Leiden neben der Seelenstörung bestehen.

Eine genaue Betrachtung muss dem Zustand des Nervensystems gewidmet werden.

Von grosser Bedeutung ist die Auffindung von Lähmungssymptomen, namentlich im Gebiet der Gehirnnerven, die auf intracerebrale Prozesse deuten; Facialis, Oculomotorius, Hypoglossus etc. müssen stets in der von der innern Klinik her bekannten Weise untersucht werden. Nie darf die Untersuchung der Augen fehlen. Gleichheit und Ungleichheit, Weite und Enge der Pupillen, besonders aber die Reaktion auf Lichteinfall und Convergenz müssen stets geprüft werden. Ebenso gehört die Untersuchung des Augenhintergrundes, wenn auch natürlich nicht notwendiger Weise bei der ersten Untersuchung, in den Status des Untersuchten. Dabei ist auf Stauungspapille, temporale Abblassung, albuminurische und syphilitische Prozesse zu achten.

Es folgt die Prüfung der Sehnen- und Periostreflexe; besonders wichtig ist das Verhalten des Patellarsehnenreflexes durch den Hinweis auf krankhafte Prozesse im Rückenmark.

Katalepsie (flexibilitas cerea), Lähmung und Ataxie, Sensibilitätsstörungen sind mehr oder weniger leicht zu konstatieren.

Die Untersuchung auf Tremor giebt ebenfalls manchen diagnostischen Hinweis.

Der Irrenarzt fahndet ferner bei jeder Untersuchung auf „Stigmata“, Entartungszeichen, wenn man ihnen auch im allgemeinen nicht die Wichtigkeit zumessen darf, wie es von mancher Seite geschehen ist und noch geschieht.

Anomalieen und Assymmetrieen des Schädels im Verhältnis zum Gesicht und im Verhältnis einer zur anderen Seite, Hasenscharte, Wolfsrachen, hoher Gaumen, stark vorspringende Backenknochen, angewachsene oder fehlende Ohrläppchen, Satyrohr, Anomalieen im Knochenbau an anderen Körperteilen, Abnormitäten der Genitalien, wie abnorme Grösse oder Verkümmerung, Epispadie und Hypospadie, Kryptorchismus etc. werden ja auch öfters an Geistesgesunden beobachtet; doch ist ihr häufigeres Vorkommen bei Geisteskranken wohl festgestellt.

Ein ganz besonderes Augenmerk hat der Untersucher auf die Sprache des zu Untersuchenden zu richten. Die Sprechweise ist für manche Psychosen oft auffallend gleichmässig und charakteristisch.

Wie auf der einen Seite der Maniakalische überstürzt und überhastet spricht, sich in seinem Wortschwall in schmückenden Beiworten, in Steigerungen wie „furchtbar, kolossal etc.“ nicht erschöpfen kann, kann man vielfach den Melancholiker auf der anderen Seite schon durch seine monotone, gleichgiltige und verlangsamte Sprechart erkennen.

Die motorische Art des Sprechens lässt Schlüsse auf Vorhandensein resp. Fehlen organischer Schäden zu.

Bei einem maniakalisch sich Gebährenden fällt dem Ohr des Arztes ein gewisser nasaler Beiklang

auf und bei genauerem Zusehen ergiebt sich das Vorhandensein der paralytischen Sprachstörung. Näheres darüber im speciellen Teil. Es darf daher bei der ersten Untersuchung die Sprachprüfung durch Nachsagenlassen der Paradigmata nie fehlen.

Der Praktiker gewinnt im allgemeinen durch den Anblick, die Haltung des Kranken, seinen Gesichtsausdruck, seine Sprechweise und sein ganzes Gebahren bei den ersten Fragen, die sich ja gewöhnlich auf körperliches Befinden, auf anamnestische Daten, wie Personalien, Familienverhältnisse, frühere Erkrankungen, jetzige Klagen und Beschwerden etc. beziehen, einen gewissen Allgemeineindruck von der psychischen Persönlichkeit des Kranken und wird danach auf eventuell krankhafte Gebiete des Seelenlebens unvermerkt übergehen. Die Untersuchung hat selbstverständlich alle Gebiete des Seelenlebens zu umfassen.

Wie über das Bewusstsein und „Orientiertsein" des Kranken gewinnt man häufig auch über den Gemütszustand durch einige Fragen oder auch schon durch den blossen Anblick der Gesichtszüge einen wesentlichen Anhaltspunkt.

Aus dem lebhaften, fortwährend wechselnden Mienenspiel der Maniakalischen, aus den düsteren, oft bleichen und verschlossenen Gesichtszügen Melancholischer und Hypochonder, dem lauernden Blick der Paranoiker und dem harmlos vergnügten Lächeln der Paralytiker gewinnt der Arzt Hinweise, nach welchen Punkten krankhaften Seelenlebens sich die Untersuchung hauptsächlich zu richten hat.

So wird man öfters, wenn man auf Grund des

grübelnden und verzweifelten Gesichtsausdrucks eines sich Selbstvorwürfe machenden Melancholikers diesem durch entsprechende, teilnahmsvolle Fragestellung seelisch nahe getreten ist, leicht in die verborgenen Tiefen des Seelenschmerzes des Kranken eindringen. So wird man häufig auf eine Frage, wie: „Es geht Ihnen doch sehr gut?" etc., die an den dementen Paralytiker mit stupid lächelnden Gesichtszügen gerichtet wird, mit der vergnügten Bejahung der Frage zugleich den ganzen Schatz exorbitanter Grössenideen des Kranken erfahren.

Es hält oft bei der Untersuchung schwer, den Gemütszustand des Kranken zu erkennen, da derselbe auf Fragen danach gar nicht oder nur ungenügend antwortet. Dann gilt es durch scheinbares Abgehen von dem Punkte und stetes gelegentliches Zurückkommen sich darüber Klarheit zu verschaffen. Das ist gerade die Kunst des erfahrenen Irrenarztes, dass er solche Kranke überlistet und ihnen zum Teil wider ihren Willen Bekenntnisse über ihren Seelenzustand entreisst.

Bei der nie zu unterlassenden Prüfung auf Intelligenz richten sich die typischen Fragen nach Ort und Zeit, einfache Verhältnisse wie Kaiser, Länder, Städte, Flüsse etc., Rechnen! Erst wenn sich auf diesem gröberen Gebiete keine oder nur geringe Störungen erweisen, begebe man sich auf höhere Gebiete und konstatiere da eventuelle Gedächtnisdefekte und Folgerungsfehler etc., indem man die soziale Stellung des Kranken und seine Bildung nie unberücksichtigt lasse. Denn dass z. B. die falsche Beantwortung geschicht-

licher Fragen bei einem der gebildeten Klasse oder gar dem Gelehrtenstand Angehörigen eine ganz andere, viel schwerere Bedeutung hat als etwa bei einem polnischen Rekruten, braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden.

In manchen Fällen, namentlich in der besseren Praxis, empfiehlt sich auch das umgekehrte Verfahren vom Schweren zum Einfachen herabzusteigen. Hierüber entscheidet der Takt des Untersuchers, sowie ein gewisser Instinkt. Ausdrücklich sei noch bemerkt, dass man nie auf eine intakte Intelligenz schliessen darf, wenn auf eine Frage, wie nach dem Kaiser etc., der zu Untersuchende richtig antwortet und dabei ein verwundertes Lächeln über eine anscheinend so sonderbare Frage sehen lässt. Geht man nur einen kleinen Schritt weiter in der Untersuchung auf intakte Intelligenz, besonders indem man rechnen lässt, so ist man oft erstaunt über die Grösse des Intelligenzdefekts, den man dabei feststellen kann.

Im Interesse einer exakten Untersuchung liegt es bei manchen Kranken nicht zu intensiv die Intelligenz-bezgl. Gedächtnisprüfung auszudehnen, da deren Aufmerksamkeit oft ausserordentlich leicht ermüdet — was ja natürlich auch ein wesentliches Krankheitszeichen ist — und hierdurch leicht ein zu grosser Defekt angenommen wird.

Anomalieen im Triebleben werden oft auf brüskes direktes Fragen hin zugestanden, resp. es unterliegt deren Feststellung keinen Schwierigkeiten. Oft aber erfordert es den ganzen Scharfsinn des Arztes heraus, den Kranken in seinen verkehrten Trieben zu ertappen

oder das Geständnis davon von ihm zu erhalten. Und häufig genug ist man hierbei nur auf die anamnestischen Angaben von Verwandten und Bekannten des Kranken angewiesen, die leider häufig nicht zuverlässig sind, da gerade von verkehrten Handlungen und Trieben von den Verwandten gern auch dem Arzt gegenüber etwas vertuscht wird.

Eine der oft am schwierigsten zu konstatierenden Erscheinungen bei Geisteskranken sind die Sinnestäuschungen. Halluzinationen sind, wie erwähnt, unbedingt Erscheinungen einer krankhaften Seelenthätigkeit. Doch da die Kranken die leibhafte Sinnesempfindung haben, sehen und hören, glauben sie auch an die Realität ihrer subjektiven Sinnesempfindung und haben keinen Grund, von ihren Wahrnehmungen, wenn sie nicht aussergewöhnlicher Natur sind, dem Arzte Mitteilung zu machen. Doch sind diese subjektiven Sinneseindrücke anscheinend oft besonderer, ungewöhnlicher Natur, so dass die Kranken selbst den Ausdruck „Stimmen hören" und „Gestalten sehen" gebrauchen. Vielfach allerdings verheimlichen auch die Kranken, namentlich die schon lange Zeit Erkrankten, absichtlich ihre Sinnestäuschungen, da sie es aufgegeben haben, auch andre Personen von deren Realität zu überzeugen.

Es giebt Autoren, die denjenigen Unkenntnis in der psychiatrischen Exploration vorwarfen, die den zu Untersuchenden nach „Stimmen" etc. fragen.

Meine persönlichen Erfahrungen sprechen indessen für das Gegenteil. Der Ausdruck „Stimmen hören" ist ja aus dem Wortschatze Geisteskranker übernommen

und hat anscheinend für dieselben eine ganz bestimmte Bedeutung als Ausdruck einer Sinnesempfindung, die einen gewissermassen überirdischen Ursprung hat; und ich habe in sehr vielen Fällen, wo ich nach „Stimmen" fragte, sofort in lebhaftester Weise über diese Auskunft erhalten. Man hat hierbei den Eindruck, dass die Kranken froh sind, einem sie verstehenden Gemüte ihre „Wahrnehmungen" offenbaren zu können.

Doch ist auch hier keine allgemeine Regel aufzustellen, sondern im Einzelfall hierbei wie bei der Erforschung von Wahngedanken, die häufig schon aus dem Gebahren und den Handlungen der Kranken vermutet werden können, der Erfahrung des Untersuchers die Erforschungsart anheimzustellen. Denn sowohl Sinnestäuschungen wie Wahngedanken werden ausserordentlich häufig verheimlicht oder dissimuliert, besonders von den chronisch Paranoischen, die so oft erfahren haben, dass man ihren Wahrnehmungen und Beobachtungen nicht den nötigen Glauben schenkt.

Die Vortäuschung einer Geistesstörung wird meist mit Leichtigkeit erkannt, da einerseits es eines sehr grossen Geschicks, einer eminenten Willenskraft und hervorragend schauspielerischen Kunst bedürfte, genau und ausdauernd einen Geisteskranken darzustellen, da andrerseits der Simulant meist in plumper Weise übertreibt und Krankheitsbilder darstellt, die Züge aller möglichen Arten von Geistesstörungen enthalten. Indessen ist es eine Erfahrungsthatsache, dass ausserordentlich häufig diejenigen, die eine Form einer Geistesstörung simulieren, thatsächlich an einer andern leiden; es sind dies ebensowohl chronische Paranoiker,

alcoholisch Irre und Epileptiker, wie vor allem die Klasse der Entarteten.

Niemals darf der Untersucher die Frage der Aetiologie unberücksichtigt lassen. Es bieten ja die anamnestischen Angaben einen so bequemen Anhaltspunkt, um überhaupt mit dem Kranken sich ins Einvernehmen zu setzen, der häufig trotz seines instinktiven Widerwillens gegen die psychische Untersuchung eine Frage nach seinen Eltern und Verwandten, seiner Heimat beantwortet und somit einen Anhaltspunkt für weitere Fragen bietet.

Auf dem Wege der Unterhaltung, die zugleich als Gedächtnisprüfung dient, erhalten wir Daten, ob besondere Schädlichkeiten in der Jugend auf den Kranken eingewirkt haben, schlechte Erziehung, verderblicher Umgang, böse Lektüre, ungünstige häusliche und soziale Verhältnisse, ungenügende Schulbildung, ob Traumen, Ausschweifungen (Masturbation!) in Venere et Baccho vorliegen.

Die anamnestische Konstatierung einer überstandenen Lues ist oft mit grossen Schwierigkeiten verknüpft, da einerseits die Kranken von jener Krankheit als einer „schlechten" nicht gern erzählen, andererseits sie, namentlich bei Frauen, oft unbemerkt verläuft und da ferner bei Paralytikern oft jede Erinnerung daran völlig verschwunden ist. Und die als körperlichen Zeichen einer alten Syphilis bekannten Symptome sind ja nicht unbedingt eindeutig.

Fragen nach Ausschlag, Frühgeburten und Aborten bei den Frauen, nach Ausschlag und frühem Hinsterben der Kinder geben häufig auch in Fällen,

wo die Konstatierung der Lues schwer fällt, einen deutlichen Hinweis auf jene Krankheit.

Specieller Teil.

Die einzelnen Formen der Geisteskrankheiten.

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft erscheint es leider noch nicht angängig, eine wissenschaftlich begründete Einteilung der Geisteskrankheiten zu machen, ohne auf Härten zu stossen. Weder eine Einteilung nach den Lebensaltern, noch nach den angenommenen Entstehungsursachen, noch vor allem nach anatomischen Gesichtspunkten erscheint durchführbar. Die Einteilung nach Störungen des Verstandes etc. ist ungenau und lückenhaft. Das nächstliegende, die Einteilung nach den klinischen Krankheitszeichen lässt uns insofern im Stiche, als dieselben äussern Krankheitszeichen bei einer Anzahl durchaus verschiedener Geisteskrankheiten gefunden werden, und ferner, da dieselbe Krankheit im Laufe ihrer Entwicklung die verschiedenartigsten Krankheitszeichen aufweist (Paralyse!). Es erscheint mir also angebracht, unter Verzicht auf jedes wissenschaftliche Einteilungsprincip die einzelnen bekannteren und wichtigsten Formen von Geistesstörung zu besprechen unter Einordnung der einzelnen Krankheitsbilder unter die Rubriken der Zählkarte, da dies mir am meisten dem praktischen Bedürfnis zu entsprechen scheint, aus dem dieses Büchlein entstanden ist.

Unter einer Veränderung der Reihenfolge der Krankheitsgruppen auf der Zählkarte seien die in

folgende Gruppen gehörigen Geisteskrankheiten besprochen:

1) Einfache Seelenstörungen,
2) Seelenstörung mit Epilepsie, Hysterie etc.,
3) Paralytische Seelenstörung,
4) Idiotie, Imbecillität und Kretinismus,
5) Alcoholisches Irresein.

1) Die einfachen Seelenstörungen.

Die einfachen Psychosen werden als Gruppe darum zusammengefasst, weil sie, ohne begleitende Neurose (wie Gruppe 2) und ohne angeboren zu sein (wie Gruppe 4) sämtlich sogenannte „funktionelle“ Erkrankungen des Centralnervensystems sind.

Dies heisst, mit den Hilfsmitteln, die uns der augenblickliche Stand der Wissenschaft bietet, sind wir nicht im stande, für diese Geisteskrankheiten die entsprechenden pathologisch-anatomischen Veränderungen im Centralnervensystem nachzuweisen. Wohl ergeben die Sektionen von Personen, die in einer einfachen Seelenstörung gestorben sind, pathologische Gehirnbefunde, wie Hyperaemie oder Anaemie der Rinden- und der weissen Substanz, Hyperaemie oder Exsudate und Auflagerungen in den Hirnhäuten, Trübung und Schwellung des Ependyms der Ventrikel, Hydrops der Ventrikel und einzelne oder massenhafte Haemorrhagieen.

Aber gerade diese Masse von verschiedenartigen Befunden bei derselben Krankheit beweist eben, dass die durchgehende pathologische Veränderung, die bei den gleichen Krankheitssymptomen die gleiche sein

müsste, sich bis jetzt dem Auge des Forschers entzogen hat. Noch mehr geht dies daraus hervor, dass solche Veränderungen im Gehirn als zufällige Leichenbefunde sich auch bei der Sektion von Menschen finden, die bei Lebzeiten keinerlei psychische Abnormitäten aufgewiesen hatten.

Es ist wohl anzunehmen, da anscheinend gröbere anatomische Veränderungen nicht vorliegen, dass mindestens ein Teil dieser Psychosen durch mikrochemische Vorgänge, Ernährungsstörungen, Giftwirkungen und Stoffwechseländerungen, hervorgerufen ist.

Unter dem Namen der einfachen Seelenstörungen werden mehrere, durchaus verschiedenartige Geisteskrankheiten zusammengefasst, die jenes vorher erwähnte gemeinschaftliche Kennzeichen darbieten. Bezüglich der Einteilung ist zu bemerken, dass die einzelnen psychiatrischen Schulen darin wesentliche Unterschiede machen, dass besonders die Einteilung der komplizierten Psychosen und deren Zuteilung zu anderen Formen von Geistesstörung von den verschiedenen Autoren nach ganz verschiedenen Gesichtspunkten gehandhabt wird.

Auch hierdurch wird zum Teil, abgesehen von lokalem häufigerem Auftreten einzelner Formen der geistigen Erkrankungen, der auffallende Unterschied erklärt, der in den einzelnen Kliniken und Krankenhäusern bezüglich der Häufigkeit der Erkrankungsformen sich vorfindet.

Die Manie.

Die Manie entsteht meist akut nach kürzer oder länger andauernden Prodromen, die psychischen Er-

krankungen so häufig vorangehen, bezüglich deren erste äussere Anzeichen sind. Solche sind Kopfschmerzen, schlechter, durch lebhafte, beunruhigende Träume gestörter Schlaf, leichte Reiz- und Erregbarkeit, unmotivierter Stimmungswechsel, unstätes Wesen, in ihren Objecten wechselnde Unternehmungslust, gesteigerte geschlechtliche Erregung, hie und da „sonderbare" Reden und Handlungen. Diese Symptomengruppe kann kürzere oder längere Zeit andauern; in manchen Fällen steht das vollentwickelte Krankheitsbild scheinbar völlig plötzlich aus geistiger Gesundheit heraus da. Genauere Ausforschung der Verwandten wird indessen auch in solchen Fällen häufig genug ein oder das andere Frühsymptom nachweisen lassen, während in andern Fällen wochen-, auch ein oder zwei Monate lang derartige, sich meist an Intensität steigernde Früherscheinungen beobachtet werden.

Wohl in der grössten Mehrzahl von Fällen entsteht die Manie auf dem Boden einer nicht intakten Seelenanlage. Der manische Anfall ist vielfach das Zeichen der krankhaften Veranlagung, der Ausdruck einer cyklischen oder periodischen Geistesstörung. Bei genauerer Erforschung finden wir häufig, dass schon in früherer Zeit ein solcher Zustand bestanden hat, oder wenigstens ein (als Hypomanie aufzufassender) Zustand grösserer psychischer Erregtheit. Auch wird öfters ein Anfall von geistiger Depression aus dem Vorleben berichtet. Verfolgt man die Lebensschicksale Manischer weiter, so sehen wir, dass wohl in den meisten Fällen die „Heilung" keine völlige

blieb, sondern wieder manische oder melancholische Anfallszustände auftraten.

Das vollentwickelte Krankheitsbild charakterisiert sich wesentlich durch den Fortfall der bei Gesunden bestehenden Hemmungen. Ein Gesunder ist im stande, durch „Aufmerksamkeit“ seinen Gedankengang zu zügeln und in bestimmte Bahnen zu leiten, indem er etwa auftauchende Nebengedanken nicht verfolgt und unberücksichtigt lässt. Ein Gesunder vermag seine Stimmung wenigstens teilweise im Gleichmass zu halten, vermag in ihm auftauchenden Trieben (z. B. plötzlich zu lachen, singen, schreien, tanzen) Widerstand zu leisten.

Diese „Hemmungen“ Gesunder fallen bei dem manisch Erkrankten weg. Hierdurch entwickeln sich ungezwungen die Hauptsymptome der Krankheit.

Das Symptom der Ideenflucht fällt dem Beobachter meist zuerst in die Augen. Jeder Gegenstand, den der Kranke sieht, wird zum Anknüpfungspunkt von Erörterungen, die oft sofort wieder unterbrochen werden, da dem Kranken schon ein neuer Gegenstand, der neue Gedankenreihen in ihm erweckt, vor die Augen gekommen ist. Die Gedanken bleiben nicht bei dem Gegenstande der Beobachtung oder Erörterung, sie werden fortgesetzt abgelenkt. Der Kranke kann hierdurch einen Gedanken nicht ausdenken, er springt ab. Ferner bilden zufällige Ähnlichkeiten im Aussehen, Klanggleichheiten im Wortbild, Assonanz und Alliteration, häufig gebrauchte Sprachwendungen und Sprichwörter die Übergänge, an welche die Kranken oft die seltsamsten, teilweise durch „Originalität“ und „Witz“ überraschende, Gedankengänge oder besser Ge-

dankensprünge knüpfen. Solche manische Kranke erscheinen dem unbefangenen Beobachter deshalb häufig geistreich und witzig. Doch fehlt ihrem Gedankengange jede Tiefe. Sie können durch die Flucht und Masse der sich ihnen aufdrängenden Gedanken keinem einzigen Gedanken auf den Grund gehen und ihn nach allen Seiten hin ausspinnen. In den höheren Graden dieser Störung sprechen die Kranken unausgesetzt Worte, die einem geistesgesunden Zuhörer anscheinend gar keinen Zusammenhang zu haben scheinen, obwohl der Kranke, wie wohl sicher angenommen werden kann, irgend eine Gedanken- oder Lautverbindung dazwischen hat. In den höheren Graden wird dies Wortesprechen zur Verbigeration; selbst die unzusammenhängenden Worte genügen dem Gedankenflusse nicht mehr, wir hören nur ein Stammeln und Heraussprudeln von einzelnen Silben und Lauten.

Da jegliche Hemmung wegfällt oder wenigstens stark vermindert ist, sind die Kranken in motorischer Erregung, wie dies ja auch dem beschleunigten Ablauf ihrer Gedanken entspricht. Sie springen, tanzen, singen, lärmen und schreien, vollführen die seltsamsten Gesten und Bewegungen. In den höheren Graden der Krankheit sind sie ruhelos Tag und Nacht in Erregung, die häufig genug zur „Tobsucht" ausartet. Da die Kranken keine Zeit haben, Gefühle zu empfinden, wenn der Ausdruck gestattet ist, so fehlt ihnen das Gefühl der Ermüdung völlig, das den Simulanten zwingt, sich von Zeit zur Zeit zur Ruhe zu begeben, um wieder Kräfte zu neuem Toben zu sammeln.

Hierdurch ist der Schlaf gestört, ebenso die Er-

nährung. Der manisch Kranke verliert schnell und viel von seinem Gewicht.

Entsprechend dem Wegfall sonst gewohnter Hemmungen fühlen die Kranken sich wohl, gesund und frei. Sie sind dadurch in lustiger, heiter erregter Stimmung. Doch durch äussere und innere Anlässe schlägt die heitere Stimmung recht häufig und vor allem rasch und unvermittelt in die zornig erregte um, die Lust in Unlust. In einzelnen Fällen von Manie herrscht auch die zornige Erregung und Erregbarkeit vor der heitern Stimmung vor. Auf die heitere Erregung der Kranken, die häufig genug erotisch gefärbt ist, ist die vielfach hervortretende Sucht, sich zu putzen und zu schmücken, zurückzuführen, wodurch manche, besonders weibliche Kranke sofort als maniakalisch zu erkennen sind.

Die Manie ist vorwiegend eine Erkrankung des Gefühlslebens, des Affekts. Das logische Denken kann in den leichteren Graden der Krankheit, sowie in ruhigen Momenten bei schwerer Erkrankten vollkommen oder nahezu völlig erhalten sein. Sie beruht nicht auf tieferen organischen Veränderungen des Centralnervensystems, erlaubt also auch eine Heilung, Wiederherstellung der normalen Funktion des Gehirns und Seelenlebens.

Bei der Manie als einer funktionellen Psychose finden wir keine Veränderungen der Reflexerregbarkeit, der Sensibilität und keine Lähmungserscheinungen. (Differentialdiagnose gegen die maniakalischen Stadien der Paralyse!)

Durch den erleichterten Gedankenablauf und die

infolge des Wegfalls der Hemmungen erhöhten Lustgefühle zeigen die Kranken öfters einzelne Grössenvorstellungen. Indessen sind diese Grössenideen nicht konstant und fixiert, sondern wechseln an Intensität und Beziehung. (Differentialdiagnose gegen Paranoia!)

Die Kranken „spielen“ mit ihren Wahnvorstellungen, während diese bei der Paranoia fixiert und systematisiert den Grundstock des neuen pathologischen Seelenlebens bilden.

In den Fällen von Manie, die mit zorniger Erregung einhergehen, aber auch in anderen, sind ebenso flüchtig auftauchende Verfolgungsvorstellungen zu bemerken, die wohl in manchen Fällen darauf zurückzuführen sind, dass die Kranken thatsächlich Hinderungen erfahren, ihrem übermässigen Bewegungsdrang nachzugehen.

Ebenso wie diese Wahngedanken treten auch im Verlauf der Manie Sinnestäuschungen auf, die sämtliche Sinnesorgane betreffen können. Diese sind an Intensität und Qualität durchaus nicht gleichmässig, bilden vielmehr eine ununterbrochene Reihe von leichten, abnormen Gefühlsempfindungen bis zu den grossartigsten und beglückendsten Gesichtstäuschungen. Hier und da treten auch Sinnestäuschungen unangenehmer Art auf.

Hier ist ausdrücklich hervorzuheben, dass Halluzinationen eigentlich durchaus nicht in das Bild der Manie hineingehören. Treten häufigere und massenhaftere Sinnestäuschungen auf, so ist sehr zu bedenken, ob der Fall nicht in die Klasse der noch viel zu wenig gewürdigten, „halluzinatorischen Verwirrtheit“

gehört, bei der gerade Sinnestäuschungen charakteristisch für das Krankheitsbild sind.

Das Bewusstsein, das in den leichten Graden der Krankheit völlig erhalten ist — es kann sogar eine gewisse Krankheitseinsicht bestehen — ist in den schwereren Graden, die einen traumartigen Charakter haben, gestört, es kann völlig aufgehoben sein.

Nachdem die Krankheit einige Wochen auf ihrem Höhepunkt gestanden hat, ist meist ein rasches Verschwinden der meisten Krankheitserscheinungen und dann ein langsameres Verschwinden der letzten krankhaften Bestandteile des Seelenlebens zu bemerken. Nicht zu selten tritt, von Exacerbationen und Remissionen unterbrochen, im Laufe von mehreren Monaten die Heilung, d. h. die Wiederherstellung des früheren Seelenzustandes ein.

Wie oben erwähnt, entsteht die Manie bezüglich der manische Anfall meist auf dem Boden krankhafter Seelenanlage. Wenn darum auch die Prognose des einzelnen Anfalles als meist günstige zu bezeichnen ist, so bleibt eine völlige geistige Gesundheit ausgeschlossen, es tritt nur „relative Heilung“ ein; der krankhafte Zustand bleibt und mit ihm die Möglichkeit — fast Wahrscheinlichkeit — des Entstehens neuer Anfälle von Geistesstörung.

Ursächlich ist bei dieser Erkrankung, abgesehen von der erwähnten krankhaften angeborenen oder erworbenen Veranlagung und von all den anderen als aetiologische Momente zum Ausbruch geistiger Erkrankungen bekannten Schädlichkeiten, besonders der Einfluss des Geschlechtslebens, erste Menstruation,

Gravidität, Puerperium, Lactation und speciell wieder der Einfluss von fieberhaften Erkrankungen während des Wochenbetts hervorzuheben. Demzufolge sind auch die überwiegende Mehrzahl der an Manie Erkrankten weiblichen Geschlechts. Weil vielleicht meistens auf krankhafter Veranlagung beruhend, sehen wir oft schon nach geringfügigen Gelegenheitsursachen, oder auch ohne eine solche, die Entstehung der Krankheit.

Eine Anstaltsbehandlung ist meistens, abgesehen von den leichteren Formen der Hypomanie Mendels, die auch in sachgemässer Familienbehandlung ablaufen kann, unumgänglich nötig, sowohl im Interesse der Kranken selbst, die zu Hause kaum die nötige Überwachung haben können, und vor allem nicht vor der immer wieder aufregenden Berührung mit der Aussenwelt ferngehalten werden können, als auch im Interesse ihrer Umgebung, die durch das unberechenbare Treiben solcher Kranker in ständiger Unruhe und Gefahr schwebt.

Die Behandlung muss vor allem beruhigend einwirken durch Bettruhe (Kastenbett), Dauerbäder, Packungen und, im Falle hierdurch keine Beruhigung eintritt, narkotische Mittel. Durch geregelte Nahrungsaufnahme und Sorge für die körperlichen Funktionen und Reinlichkeit muss der Kräftezustand soviel wie möglich erhalten werden. Zu vermeiden ist möglichst eine zu frühe Entlassung aus der Anstalt, bevor nicht jede Erregung und vor allem Erregbarkeit durch Fremdes und Ungewohntes verschwunden ist. Andere Ausgänge der Manie sind: Übergang in Stupor, meist mit Katalepsie. Die Kranken verlieren dann ihre Erregtheit

und werden ruhig, man glaubt sie auf dem besten Wege zur Heilung, bis die ruhige Stimmung ins Pathologische umschlägt. Wenn es sich nicht um cyklisches Irresein handelt, dann ist auch dieser Ausgang der Manie prognostisch meist nicht ungünstiger aufzufassen; gewöhnlich verlängert sich nur die Heilungsdauer durch diese Complikation. Dieser Umschlag von Manie in Stupor wird nicht selten bei den puerperalen Psychosen beobachtet, wie ja auch umgekehrt, und zwar häufiger, puerperaler Stupor in Manie sich verwandelt.

Bedenklich ist eine längere Krankheitsdauer als ein halbes Jahr; der Ausgang in sekundären Schwachsinn liegt dann nahe. Aber auch bei Manieen von weit längerer Dauer sind noch Heilungen beobachtet worden. Als prognostisch ungünstig ist der seltene Übergang in wirkliche Paranoia anzusehen. Die im Verlauf der Manie aufgetauchten Wahnvorstellungen werden festgehalten und ausgebaut, während die für Manie charakteristischen Krankheitserscheinungen sich verlieren.

Als letzte Ausgangsart der Manie ist der Tod zu bezeichnen. Er ist dann entweder auf eine schon lange bestehende körperliche Erkrankung, wie Phthise, Nephritis, Herzfehler etc. zurückzuführen, die durch die hinzugekommene psychische Erkrankung ungünstig beeinflusst wird, oder es ist die Manie selbst die Todesursache durch Erschöpfung, Inanition, Trauma oder Selbstmord. Die Kranken haben häufig kein Hungergefühl und führen infolgedessen trotz des grossen Verbrauchs der Körperkräfte bei ihrer motorischen

Erregung ihrem Körper nicht genügend Nahrung zu. Auch gerade im Hinblick auf diesen Gesichtspunkt, auf eine geregelte und sachverständig kontrollierte Nahrungsaufnahme, sowie zur Verhütung einer Selbstbeschädigung ist die Anstaltsbehandlung mindestens wünschenswert.

Die Melancholie.

Die Melancholie ist, ebenso wie die Manie, im wesentlichen eine Erkrankung des Affekts; die eine nach der expansiven, die andere nach der depressiven Seite hin. Während die Maniakalischen heitere Erregung, erleichterten Gedankenablauf und motorische Erregtheit zeigen, finden wir diese drei Gebiete des Seelenlebens beim Melancholiker sich gerade umgekehrt verhalten.

Die Melancholie ist eine in fast allen Lebensaltern vorkommende Krankheitsform. Während sie in der Jugend- und der Pubertätszeit meist bei psychopathisch Belasteten auftritt, scheint sie im höheren Alter eine eigenartige selbständige Krankheit zu sein.

Anfälle von melancholischer Form werden im Verlauf des cyklischen wie des periodischen Irreseins, also Formen, die zum „Entarteten-Irresein" gehören, häufig beobachtet.

Diese Formen zeigen stets gewisse eigenthümliche Züge; ihre Verlaufsart ist rascher, es mischen sich in das Bild der Melancholie Züge anderer Störungen, z. B. manische Anwandlungen. Indessen herrschen auch bei den melancholischen Anfällen dieser Psychosen die Grundzüge der einfachen Melancholie vor.

Der Beginn der Melancholie ist meist ein langsamer, sich über mehrere Wochen oder Monate erstreckender. Nicht selten, wenn anscheinend z. B. ein Selbstmord plötzlich von der Geistesstörung Kunde giebt, kann nachträglich auch bei dieser Krankheitsform das frühere Bestehen krankhafter Züge im Seelenleben nachgewiesen werden. Solche Zeichen beginnender Melancholie sind steter Kopfschmerz, Gefühl von Leere, stete Arbeitsunlust und -Unfähigkeit, dauerndes Druckgefühl, sich steigernde Angst, Selbstvorwürfe, Klagen über körperliches und seelisches Unbehagen.

Bei der vollentwickelten Krankheit sehen wir eine andauernd trübe und traurige Seelenstimmung, die nicht durch äussere Verhältnisse bedingt ist. Diese Verstimmung ist nicht die normale Reaktion auf äussere Einwirkungen, Ereignisse oder Zustände, sondern sie ist das äussere Zeichen innerlicher, intrakranieller pathologischer Verhältnisse.

Die Kranken haben an nichts mehr Lust, sie sind niedergeschlagen und mutlos, ohne Antrieb und verstimmt. Umstände, die sonst Lust erzeugen, bleiben ohne die gewohnte Wirkung oder sie haben gerade im Gegenteil die Wirkung, Unlust zu erzeugen. Die Kranken können nicht mehr lachen und fröhlich sein und werden vielfach noch verstimmter und trauriger, wenn um sie Lust herrscht.

In den leichteren Graden der Krankheit, wenn eine geregelte Denkfähigkeit noch besteht, empfinden die Kranken ihr ständiges Unlustgefühl selbst als krankhaft und widernatürlich, können sich aber nicht dazu aufschwingen, dieses Unlustgefühl von sich abzu-

schütteln. Es liegt ein dumpfer, einschnürender Druck auf ihnen: sie sind gehemmt.

Wie wir bei der Manie einen beschleunigten Gedankenablauf finden, bemerken wir bei den Melancholikern einen verlangsamten. Auf Befragen erfolgt, wenn überhaupt, zögernde, leise, ängstliche Antwort. Spontan äussern die Kranken, da ihr Denkprozess gemindert, ihre Teilnahme und Interesse sehr herabgesetzt ist, gewöhnlich keine andern Gedanken als die gewohnten traurigen, die sehr oft fortwährend, fast mechanisch und automatenhaft in denselben eintönigen, jammernden und klagenden Worten ausgedrückt werden. Der Gedankengang kann sich nicht aus dem einförmigen Geleise aufschwingen. Die Gedanken des Kranken, wie seine Stimmung werden vielfach von einer unsagbaren Angst erfüllt, die entweder fast ständig besteht, oder anfallweise, dann aber oft mit furchtbarer Gewalt, die Seele peinigt. Fragt man einen Kranken nach dem Sitz der Angst, so wird fast stets die Herzgegend bezeichnet (Praecordialangst), nur selten der Kopf.

Diese Angstzustände sind es auch, die häufig dem äusseren Gebahren des Kranken den Stempel aufdrücken. In seiner furchtbaren Seelenangst ist der Kranke unruhig, erregt, läuft ängstlich umher, weint und schreit (M. agitata, activa). Andrerseits kann die Angstvorstellung von einer solchen Macht sein, dass sie lähmend auf das ganze Seelenleben einwirkt. In ängstlicher Spannung ist der Kranke fast regungslos (M. attonita).

Der vermehrten psychischen Hemmung entspricht

meist auch das motorische Verhalten des Kranken. Mit finsterem, düsterem Gesichtsausdruck liegen viele Kranke regungslos und schlaflos Tag und Nacht zu Bett; Andre sind wohl noch zu Bewegungen fähig, doch diese werden langsam, kraftlos und ohne Energie ausgeführt. Man kann öfters beobachten, wie der Wille sich anspornt, eine Handlung auszuführen, bis er nach immer kräftigerer Innervation die entgegenstehende Hemmung überwunden hat. In den höheren Graden der Krankheit ist oft Katalepsie vorhanden; die erhobenen Gliedmassen bleiben in der ihnen gegebenen, noch so unbequemen Lage längere Zeit stehen, bis sie dem Gesetze der Schwere folgend, langsamer oder schneller sich senken.

Die Kranken sind häufig auch in den leichteren Graden unfähig zu jeglicher Arbeit. Selbst die einfachste Hausarbeit können sie nicht mehr verrichten, haben kein Interesse an ihrer sonstigen Thätigkeit, ihrem Beruf und ihrer Familie. Diese Gleichgiltigkeit und geistige Unfreiheit zu jedem Handeln prägt sich in jeder Beziehung aus. Die geringe Sorgfalt für Reinlichkeit, in Kleidung und Nahrungsaufnahme erklärt sich hierdurch. Gerade diese Hemmung, die Arbeitsunfähigkeit, wird oft von den Kranken selbst als ausserordentlich schmerzlich empfunden.

Der Melancholiker hat fast stets die fast zwangsmässige Neigung zu grübeln. „Weshalb bin ich so traurig?“ fragt sich so mancher Kranke, der ja seinen Gemütszustand selbst als krankhaft anerkennt. Durch Erklärungsversuche, die der Kranke unternimmt, entwickeln sich dann die sekundären Wahnideen der Ver-

sündigung und des eigenen Unwerts, die wir so häufig bei Melancholikern finden.

Anknüpfend an ein kleines, thatsächlich vorgekommenes Versehen oder eine Unterlassung, entwickelt sich im Kranken, der ja primär schon alles trüb und verzweifelnd ansieht, der Gedanke, ein grosser Sünder, ein Verstossener zu sein, der des Essens und Trinkens nicht würdig sei. Die Wahngedanken des Melancholikers haben vielfach eine religiöse oder hypochondrische Färbung.

Charakteristisch für diese Wahnvorstellungen ist, dass die „Schuld an dem Unglück“ etc. nicht einem Dritten auferlegt wird, sondern im eigenen sündigen Innern, in der eigenen Schlechtigkeit gesucht und gefunden wird. (Differentialdiagnose gegen die Wahnideen bei Paranoia, wo die Verfolgungen etc. durch fremden Einfluss, andre, dritte Personen, durch Verhältnisse, die ausserhalb der Einwirkung des Kranken liegen, verursacht werden.)

Vielfach, vielleicht in der Hälfte der in Anstalten behandelten Fälle, besonders in den schwereren Krankheitsfällen sind Halluzinationen, namentlich des Gehörs, aber auch aller anderen Sinne zu bemerken. Diese Sinnestäuschungen sind fast ausnahmslos peinlicher, ja erschreckender Art. Der eine hört unaufhörlich seinen Tod verkünden, ein andrer sieht den geöffneten feurigen Höllenrachen, der riecht Leichen und jener schmeckt Gift. Die Halluzinationen treten meist mit grosser Lebhaftigkeit auf, bewirken ein noch tieferes Versinken in den traurigen Affekt und rufen so wieder

eine erhöhte Disposition für neue schrecklichere Sinnestäuschungen hervor.

Wohl in allen einigermassen schweren Fällen von Melancholie ist Selbstmordneigung vorhanden. Und auch in leichteren Fällen kann man sehr häufig bei eindringlicherem Fragen das Geständnis erhalten, dass die Kranken in ihrer traurigen Verstimmung, die sich ja zu manchen Zeiten zu wahrer Verzweiflung steigert, des öfteren an Selbstmord, als den Retter aus all der quälenden und peinigenden, sich stets verstärkenden Angst und Traurigkeit, gedacht haben; und dass sie nur mit Mühe diesen Trieb — denn dazu wächst oft genug die Selbstmordneigung — durch Aufbietung aller Energie überwunden haben.

Nicht selten ist die Selbstmordneigung plötzlich mit Macht entstanden; aber meist taucht der Gedanke zuerst vereinzelt, durch den Willen noch zurückgedrängt auf. Aber immer häufiger kommt der Selbstmordgedanke dem Kranken, immer vertrauter wird er ihm, immer mehr greift er Besitz von des Kranken Denken, bis plötzlich, dem Beobachter unerwartet, die Katastrophe eingetreten ist. Denn ängstlich hütet der Melancholiker sich, von seiner Selbstmordneigung zu sprechen; es sind Hysterische und Imbecille, die durch Erwähnung oder Androhung eines Selbstmordversuchs etwas zu erreichen suchen.

Melancholiker sind in dieser Beziehung ganz unberechenbar; wie als erste offenbare Erscheinung der Krankheit, so werden auch nach Ablauf der schweren Krankheitserscheinungen, in der Reconvalescenz, ernste Selbstmordversuche beobachtet. Der Plan ist oft von

langer Hand her vorbereitet, um ja jede Störung auszuschliessen (Abort); jedes Werkzeug wird zur Waffe, dem verderblichen Trieb zu genügen. Und gerade in verhältnismässig leichten Fällen gelingt dem Kranken der „Versuch" nur zu häufig. Darum können Melancholiker, auch die leichter Erkrankten, nicht sorgfältig und andauernd genug beobachtet und bewacht werden!

Die Nahrungsaufnahme ist bei dieser Erkrankung fast immer eine unregelmässige, selbst wenn eine besondere, stete Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gerichtet wird. Während der Höhe der Krankheit sinkt darum im Allgemeinen der Kräftezustand und das Körpergewicht beträchtlich, während beide während der Reconvalescenz sich wieder heben. Eine Gewichtszunahme gilt bei der Melancholie als prognostisch günstiges Moment und wohl in keiner gut geleiteten Irrenanstalt werden darum regelmässige Körperwägungen unterlassen, die prognostisch so wichtige Ausblicke eröffnen.

Der mit seinem tiefen Seelenschmerz beschäftigte, auch motorisch gehemmte Kranke, der ohne jedes Interesse für die Aussenwelt ist, bemerkt auch nicht Gefühle wie Hunger und Durst; er verlangt nur hie und da, wenn überhaupt, nach Nahrung. Die unregelmässige Nahrungsaufnahme steigert sich indessen in ziemlich vielen, den schwereren Fällen zu völliger Nahrungsverweigerung, die dann oft oder gar meist durch Wahnideen, des Essens unwürdig zu sein, oder Halluzinationen bedingt ist.

Hier muss dann die künstliche Ernährung, Fütte-

rung, Sondenernährung, Infusionen etc. eintreten, wie im allgemeinen Teil erwähnt wurde.

Die künstliche Ernährung muss spätestens nach 2—3 Tagen völliger Nahrungsverweigerung beginnen.

Nicht allzu selten kann man bemerken, dass nach einigen Fütterungen die Kranken ihren Widerstand aufgeben und selbständig essen, da durch die künstliche Ernährung der passive Selbstmord, das Verhungern, ihnen unmöglich gemacht ist. In andern Fällen ist dies leider ohne Erfolg, so dass die künstliche Ernährung lange Zeit hindurch fortgesetzt werden muss.

Die schwerer Erkrankten bedürfen einer unausgesetzten körperlichen Aufwartung. In ihrem gehemmten Geisteszustand bemerken sie oft nichts von Urin- oder Kotabgang, sind vielfach sehr unreinlich und den hierdurch bedingten Schädigungen (Durchliegen etc.) leicht ausgesetzt.

Der Verlauf der Erkrankungen zeigt häufig mehrfache Schwankungen. Nachdem die Krankheit mehrere Wochen oder Monate ziemlich unverändert auf dem Höhepunkt sich gehalten hat, zeigt sich ein Nachlass der geistigen und körperlichen Hemmung, der meist von verschiedenen Exacerbationen und daran anschliessenden Remissionen unterbrochen ist. Die der Heilung entgegengehenden Kranken zeigen in dieser Zeit oft eine gesteigerte seelische Erregbarkeit, worauf vielleicht die so häufig bemerkte Verschlimmerung ihres Befindens nach äussern Einwirkungen, besonders auch nach den Besuchen der Angehörigen zurückzuführen ist. In dem äussern Benehmen ist oft ausser der geringeren Hemmung das Erwachen des Interesses

für die Umgebung das erste Zeichen der beginnenden Heilung. Den ungünstigen Ausgang in Schwachsinn kündet oft die Abblassung der Verstimmung und der Wahngedanken an, ohne dass eine seelische Aufhellung erfolgte.

Melancholiker sind vom Praktiker häufig auf den ersten Anblick hin zu erkennen durch den eigentümlichen traurig - verstimmten Gesichtsausdruck, die tief eingegrabenen Falten, hängenden Mundwinkel, den trüben Blick, die mangelnde Lebhaftigkeit des Ausdrucks und die Hemmung, die sich im ganzen Wesen des Kranken zu erkennen giebt. Vielfach ist den Melancholischen die Angst und Verzweiflung, die ihr Seelenleben erfüllt, ins Gesicht geschrieben.

Die körperlichen Abweichungen der organischen Seelenstörungen fehlen, die Reflexe sind vorhanden. (Differentialdiagnose gegen die melancholischen Stadien der Paralyse etc.)

Die Sensibilität erscheint dem Untersucher oft herabgesetzt, eine Folge der allgemeinen Hemmung; zur psychischen Anaesthesie, der Unfähigkeit, psychische Eindrücke richtig zu erfassen, tritt oft die somatische Anaesthesie und Analgesie.

Körperlich ist sehr häufig verlangsamter Stuhlgang, langsame Herzaktion, kleiner, schwacher Puls, Cyanose, kühle Haut, niedere Temperatur zu bemerken. Der Schlaf ist fast stets schlecht.

Die Melancholie gehört wohl zu den am häufigsten vorkommenden Geisteskrankheiten, wenn sie nicht die häufigste ist. Allerdings ist die Verhältniszahl der Melancholiker in den Irrenanstalten nicht so sehr

hoch, da viele Fälle ohne dauernde Anstaltsbehandlung bleiben.

Die Prognose der Melancholie ist, ebenso wie die der Manie im Allgemeinen als günstig zu bezeichnen. Die Melancholie ist jedoch im Allgemeinen von längerer Dauer als die Manie.

Aber wenn auch der melancholische Anfall beim Irresein der Entarteten abläuft, so bleibt doch die krankhafte Anlage bestehen.

Prognostisch am günstigsten sind die leichten Fälle von Melancholie, Hypomelancholie, wie sie in leichtester Form als „Weltschmerz" etc. bei jungen, etwas ästhetisch angehauchten Gemütern zur Pubertätszeit beobachtet werden. Diese werden wohl ausnahmslos geheilt; d. h. mit der zunehmenden körperlichen und geistigen Reife nehmen Unlust und schmerzliche Gefühle ab.

Die durchschnittliche Dauer der einfachen Melancholie in Anstaltsbehandlung ist mindestens $^1/_4$ bis $^1/_2$ Jahr.

Leider werden in sehr viel Fällen durch das Drängen unvernünftiger Anverwandter die Reconvalescenten zu früh aus der Behandlung entlassen, bevor sie noch richtig den Aufregungen des Lebens ausserhalb der Anstalt gewachsen sind.

Gerade solche Fälle sind es, bei denen dann noch in der Heilung durch den vollendeten Selbstmordversuch die Katastrophe herbeigeführt wird, welche die genaue Beobachtung in der Anstalt während der Höhe der Krankheit vermeiden liess.

Betreffs der Aetiologie ist zu bemerken, dass

Melancholieen auffallend häufig auf geschlechtliche Momente zurückzuführen sind, dass Pubertät, Gravidität, Puerperium, Lactation, Klimakterium, sowie die sexuelle Nichtbefriedigung vielfach zur Erkrankung praedisponieren.

Erbliche Belastung ist einer grossen Anzahl von Fällen, vielleicht der Hälfte festzustellen.

In einer nicht geringen Zahl von Fällen, bei denen hypochondrische Vorstellungen geäussert werden, sind thatsächliche pathologische Verhältnisse häufig als mitwirkende aetiologische Momente zu bemerken.

An die Erfahrungsthatsache, dass öfters durch die Beseitigung abnormer körperlicher Zustände eine Besserung des psychischen Zustandes eintritt, knüpft sich das Erfordernis, gerade bei melancholischen Zuständen eine genauere körperliche Untersuchung vorzunehmen und ungesäumt die Behandlung krankhafter Vorgänge und Zustände in Angriff zu nehmen.

In der Behandlung Melancholischer werden leider auch von Ärzten heutzutage noch viele Fehler begangen. Es ist ein Grundfehler, melancholisch verstimmte Kranke durch Zerstreuungen aller möglichen Arten auf andre, fröhlichere Gedanken bringen zu wollen. Wer dies thut, beweist, dass ihm die psychiatrische Erfahrung unbekannt ist, dass zumeist den Melancholikern alles Fremde und Neue zur Unlust wird, und zwar häufig auch gerade das, was andern, gesunden Personen Lustgefühle bereitet. Es ist nur zu häufig zu konstatieren, dass Melancholieen leichterer Art nicht nur nicht heilen dadurch, dass man

die Kranken in Weltbäder, Konzerte, Theater etc. schickt, sondern wesentlich schwerer werden. Die Zeit, in der die leichte Melancholie durch die Ruhe der Anstaltsbehandlung etc. abgelaufen wäre, verstreicht ungenützt, der Kranke wird immer verstimmter und abweisender, ja es werden ihm auch paranoische Gedanken der Verfolgung aufgedrängt. Melancholiker bedürfen der Ruhe, des Fernhaltens jeder Aufregung und Berührung mit der Aussenwelt. In jedem einigermassen schweren Fall ist die Anstaltsbehandlung mit ihrer absoluten Ruhe und Fernhaltung aller psychisch erregenden Momente wünschenswert, in jedem schweren Falle dringend notwendig. Nie darf der Arzt die verhängnisvolle Neigung der Melancholischen zu Selbstmord und Nahrungsverweigerung ausser Acht lassen, denen wirksam nur in der Anstalt begegnet werden kann.

Auch in der Anstalt bedarf der Melancholiker der Ruhe, nachdem er durch die Versetzung dahin allen Reizen, die im häuslichen Leben unvermeidlich sind, entgangen ist. Auch hierbei stehen uns wieder die ausgezeichneten Hilfs- und Heilmittel der Bettruhe, Dauerbäder, Packungen und im Notfall die Narkotika zur Verfügung. Der Kranke darf nicht einen Augenblick ausser Beobachtung bleiben, auch nicht, wenn der Prozess sichtlich schon im Verklingen begriffen ist. Nach der Eigenart des schwankenden Verlaufs dieser Erkrankung ist ein plötzlicher Angstparoxysmus und eine Gewaltthat stets zu befürchten. Ein besonderes Augenmerk ist der Ernährung zu widmen. Für die psychische Behandlung ist ein ruhiges, freundliches, mitfühlendes Wesen dem Kranken am förder-

lichsten. Ein Ausredenwollen des Angstgefühls wäre erfolglos.

Die Paranoia.

Während die beiden vorerwähnten Psychosen im Wesentlichen Krankheiten des Gemüts, des Gefühlslebens sind, ist die Paranoia vornehmlich eine Erkrankung des Verstandes, der logischen Denkthätigkeit.

Die Paranoia charakterisiert sich durch eine völlige Verschiebung des Ichs zur Aussenwelt, durch das Vorhandensein von eigenartig wirkenden Wahnideen. Die Aussenwelt wird von dem erkrankten Verstand anders wie früher, in gesunden Zeiten, angesehen und empfunden; aber anstatt dass der Grund zu dieser Änderung in einer Veränderung im eigenen Innern gesucht wird, wie es ja den thatsächlichen Verhältnissen entsprechen würde, kommt es dem Kranken so vor, als ob sich die Aussenwelt verändert hätte und in neue Beziehungen zu dem Ich, der Person des Kranken, getreten wäre.

Diese Änderung der Anschauungsweise, die Wahnidee beherrscht, fixiert und systematisiert, das ganze Sinnen und Denken des Kranken; alle von der Aussenwelt an ihn herantretenden neuen Eindrücke werden von den Kranken im Sinne ihres Wahns erfasst und gedeutet.

Das Bestehen einer Paranoia, der „Verrücktheit“ im wissenschaftlichen Sinn — denn „verrückt“, ein andrer, ist der Standpunkt des Kranken gegenüber der Aussenwelt — weist auf einen tiefen Defekt im logischen Denken. Es muss schon ein erheblicher Grad

von Schwachsinn und Urteilslosigkeit vorhanden sein, bevor eine Wahnidee sich zur Herrschaft im geistigen Leben einer Person durchringen kann, sei es nun der Wahn, verfolgt zu werden, oder der, eine grosse Rolle zu spielen.

Und doch tritt sehr häufig äusserlich, — namentlich für den unbefangenen Beobachter, der den Dingen nicht auf den Grund geht, — bei den Paranoikern dieser Schwachsinn durchaus nicht deutlich hervor. Man kann sich im Gegenteil mit solchen Kranken oft lange und intensiv über alle möglichen Gebiete menschlichen Wissens etc. unterhalten, kann philosophische, religiöse und ethische Themata abhandeln, kann finden, dass ihr Gedächtnis für frühere Erlebnisse vorzüglich ist, dass die Kranken scharfe, oft witzige Beobachter ihrer Umgebung sind, — und doch, sobald man einen Punkt berührt, der mit ihrem Wahne in Verbindung steht, wird man die tiefe Intelligenzstörung solcher Kranker durch die vollständige Kritiklosigkeit, die jenen Kranken in Bezug auf ihren Wahn eigen ist, mit Bedauern konstatieren müssen.

Wir teilen die Fälle von Paranoia nach verschiedenen Gesichtspunkten in mehrere Unterabteilungen ein; z. B. nach ihrer Dauer und zugleich ihrer Prognose in akute und subakute Paranoien mit verhältnismässig guter und in chronische mit schlechter Prognose.

Ferner darnach, ob einfache systematisierte Wahnideen vorhanden sind, oder solche, die mit Halluzinationen einhergehen oder auf solchen beruhen, in einfache und in halluzinatorische Paranoien.

Da sich, wie erwähnt, die Paranoia auf der Grundlage einer geschwächten Intelligenz entwickelt, können wir meist ein längeres Prodromalstadium konstatieren.

Ganz akut entstandene Paranoien mit deutlich ausgesprochener Wahnidee sind nicht häufig.

Ein grosser Teil der gewöhnlich als akute Paranoia bezeichneten Fälle gehört in die Klasse der epileptischen, epileptoiden und hysterischen Psychosen, der Katatonie und der halluzinatorischen Verwirrtheit. Wir haben in diesen Fällen eben nicht einen festgehaltenen oder gar ausgebauten Wahn, sondern das vorübergehende Auftauchen und Wiederverschwinden einer grossenteils durch Halluzinationen verursachten Wahnidee, wie wir solche ja auch bei der Paralyse so oft bemerken.

Die Paranoia hat meist ein längeres Vorstadium, bestehend in einer auch der Umgebung öfters auffallenden Gereiztheit und Zerstreutheit. Auf kleine Unannehmlichkeiten hin gerät der eigentlich schon Geisteskranke in eine der Sache ganz unangemessene Erregtheit. Oder aber, es fällt der Umgebung auf, dass der Betreffende stiller wird, sich mehr mit sich selbst beschäftigt, vielfach einen aufmerksamen und geheimnisvoll gespannten Gesichtsausdruck zeigt, vielleicht hie und da unmotiviert auflacht oder „sonderbare“, unzusammenhängende, wie Antworten auf nicht gestellte Fragen klingende Worte ausspricht.

In anderen Fällen allerdings wird die Umgebung durch die plötzlich in Erscheinung tretende Geisteskrankheit überrascht, da vorher im Wesen des Kranken gar keine Veränderung zu bemerken gewesen sei.

In diesen Fällen ist wohl eine konstant durch-

geführte Dissimulation des Kranken oder eine nicht genaue Beobachtung von Seiten der Umgebung anzunehmen. Ein psychiatrisch geschulter Beobachter bemerkt eben psychische Abnormitäten auch schon da, wo dem Laien — und dieser Begriff ist nicht zu eng zu fassen! — noch nichts Auffallendes bemerkbar wird.

Aus dem Gesagten geht also hervor, dass der Paranoiker beim „Ausbruch" seiner Krankheit, d. h. wenn der Umgebung die psychische Abnormität auffällt, schon lange Zeit, vielleicht schon ein oder auch viele Jahre lang, geisteskrank war.

Ein längeres Vorstadium ist bei näherem Zusehen auch das einzig natürliche und erklärliche bei dieser Krankheit.

Bevor der Wahn seine Ausbildung erfahren hat, muss erst die zweifelnde Stimme des Verstands, der mit der Wahnidee kämpft, immer und immer wieder überwunden sein, bis endlich der Wahn sich zur subjektiven, unumstösslichen Wahrheit in dem Gedankenkreis des Kranken festgesetzt hat.

Der Kranke hat vielleicht im wirklichen Beginn seiner Krankheit, d. h. zu der Zeit, wo sich in das vorher völlig gesunde Seelenleben die ersten pathologischen Elemente hineinmischten, bemerkt, dass er von vielen Seiten beobachtet werde.

Dies erste krankhafte Symptom wiederholt sich regelmässig; aus einer Masse derartiger, natürlich völlig subjektiver Beobachtungen, die jedes oder fast jedes objektiven Hintergrunds entbehren, setzt sich in ihm allmählich, aber mit zwingender Notwendigkeit (da die

„Beobachtungen" stets wiederkehren) der Gedanke fest, dass er von allen Seiten beobachtet, mit Spionen umgeben sei, kurz, dass er „verfolgt" werde.

Nachdem dem Kranken einmal dieser Gedanke gekommen ist, den er aber noch berichtigen kann, da seine Intelligenz derartige Vorkommnisse nicht verstehen kann, gewinnt der Gedanke durch die stets und ständig wiederholten Beobachtungen gleicher und ähnlicher Art immer mehr Wahrscheinlichkeit für den Kranken; er beginnt sich zu fixieren. Sobald der Wahngedanke fixiert ist, ist das Krankheitsbild der Paranoia fertig.

Im Sinn seiner Wahnidee fasst der Kranke alle Vorkommnisse, die ihm begegnen, auf; nach seiner Wahnidee legt er sich eine ganz neue Welt zurecht, da die Aussenwelt die Beziehungen zu ihm anscheinend geändert hat. Der Wahn wird systematisiert.

Der Kranke, der viel über sich und seine Beziehungen zur Aussenwelt grübelt, kommt fast unwillkürlich durch die tägliche subjektive Beobachtung, dass er von so vielen Menschen verfolgt werde, zu der Frage, warum sich das Interesse auch ihm ganz fremder Menschen gerade auf ihn richtet.

Fast notgedrungen kommt der Kranke zur Überzeugung, etwas Hohes und Besonderes zu sein; der Kranke wird zum Grössenwahn gebracht. Dass nicht jeder Paranoiker zur Ausbildung von Grössenwahn kommt, liegt wohl daran, dass das Zustandekommen eines solchen einen wesentlich schwereren Intelligenzdefekt voraussetzt wie der Verfolgungswahn.

Indessen auch in vielen Fällen, in denen der Grössenwahn nicht ausgebildet erscheint, sind An-

deutungen von Grössenvorstellungen aus dem selbstbewussten, oft hochfahrenden und anmassenden Benehmen der Kranken zu entnehmen. Und es giebt wohl keine echte Paranoia — der Krankheitsverlauf erstreckt sich ja fast über das ganze Leben — in deren Verlauf nicht einmal deutliche Grössenvorstellungen zu Tage treten, besonders in der späteren Zeit des paranoischen Schwachsinns.

Vor allem der Grössenwahn wird fixiert und systematisiert, nach jeder Richtung hin ausgebaut.

Frühere Vorkommnisse, Erinnerungen an den freundlichen Gruss des vorbeifahrenden Kaisers etc., dunkle Erinnerung an lebhafte Träume und dergleichen mehr werden als Bausteine zur Fundamentierung des Wahns benutzt.

Beide Arten des Wahns kommen vielfach zusammen vor, so zwar dass der Kranke wegen seines hohen Ranges Verfolgungen zu erleiden hat. Dass die alltäglichen Vorkommnisse beide Arten je nach ihrer Eigenthümlichkeit unterstützen können, ist klar.

Ein ehrfurchtsvoller Gruss wird als Ausdruck schuldiger Ehrerbietung, eine kürzere Begrüssung als Zeichen davon angesehen, dass der Begrüssende zum „Complott" der Verfolger gehört.

Diese vorher behandelten Krankheitsbilder gehören zur Klasse der Paranoia simplex; sie gehören dem „Deutungswahn" an. Vereinzelt thatsächliche, meist nur eingebildete und krankhaft empfundene Wahrnehmungen werden im Sinn der Krankheit „gedeutet" und ausgelegt.

Sinnestäuschungen kommen ja auch vereinzelt bei

der einfachen Verrücktheit vor, aber sie beherrschen nicht das Krankheitsbild. Dieses bildet vielmehr ein logisch begründetes Gebäude, errichtet auf dem wahnhaften Grundgedanken.

Eines vielleicht nicht so langen Vorstadiums bedarf die Paranoia halluzinatoria, die mit Trugwahrnehmungen in allen Sinnen einhergehen kann.

Der Beginn ist der gleiche wie bei der einfachen Paranoia, Verstimmung, Unruhe, depressive Wahnvorstellungen, bis die Sinnestäuschungen auftreten, die von nun an dies Krankheitsbild beherrschen und den Grund und subjektiven Wahrheitsbeweis für das Wahngebäude bilden. Eine fundamentale Verschiedenheit zwischen beiden Arten besteht nicht; Wahngedanken wie Sinnestäuschungen sind Erzeugnisse desselben kranken Gehirns.

Zumeist handelt es sich um Gehörstäuschungen, dann um Sinnestäuschungen im Gesichtssinn. Die Sinnestäuschungen der andern Sinneswerkzeuge treten an Häufigkeit und Bedeutung, ihrem Einfluss auf die Psyche vor denen jener beiden Sinne sehr in den Hintergrund.

Der Kranke hört vielleicht einigemale eine „Stimme", die ihm Worte erfreuenden oder betrübenden, seltener gleichgültigen Inhalts zuruft. Dies macht ihn stutzig, er horcht auf weitere Stimmen und Offenbarungen, konzentriert darauf seine ganze Aufmerksamkeit.

Die Stimme wiederholt sich, besonders gerade bei angespannter Aufmerksamkeit, und durch dies, dem Kranken anscheinend ja von aussen zukommende Beweismittel gestützt, kann der Wahn in wesentlich

kürzerer Zeit als bei der Paranoia simplex auftreten. Der Kranke, von der Wahrheit seiner Sinnesempfindungen überzeugt, hat sich rasch auch ein System gebildet; er überrascht seine durch irgend welche Absonderlichkeiten durchaus nicht aufmerksam gewordene Umgebung mit einem Wahnsystem, das oft bis ins Kleinste ausgebildet ist durch die für den Kranken beweisende Kraft der Halluzinationen.

Eine scharfe Trennung zwischen einfacher und halluzinatorischer Paranoia ist wohl kaum strikt durchzuführen; bei sehr vielen Fällen, die als Deutungswahn ohne Halluzinationen aufgefasst werden, gelingt es durch geschicktes Ausfragen und durch Beobachtung des Benehmens das Bestehen von Halluzinationen festzustellen. Das Unterscheidungsmerkmal beider Formen beruht in der Wichtigkeit, welche die Sinnestäuschungen für das Seelenleben des Kranken haben.

Der Verlauf dieser beiden Arten von Paranoia ist im Wesentlichen weiter gleich, nachdem die Wahnidee einmal ausgesprochen ist. Ist diese von der Umgebung mit Zweifel und Unglauben aufgenommen, so werden immer neue Beobachtungsreihen, immer neue Halluzinationen erzählt, um den Zweifler von der sieghaften Wahrheit der Wahnidee zu überzeugen; meist aber tritt, sobald der Kranke gemerkt hat, dass seine Umgebung seine Idee nicht anerkennen will, die Äusserung von Wahnideen und Halluzinationen zurück, um im Innern des Kranken nur noch lebhafter und überzeugender zu wirken, da ja gerade dieser Zweifel wieder im Sinne seiner Wahnidee gedeutet und ausgelegt wird.

Allmählich im Laufe von Jahren treten dann die starken Krankheitserscheinungen an Intensität zurück, — nicht nur äusserlich, sondern auch im Seelenleben des Kranken, — die Überzeugungsfestigkeit, mit der die Ideen geäussert, die Erregtheit, mit der irgend welche Zweifel an der Wahrheit der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen aufgenommen werden, sie machen einer gleichgültigeren Stimmung Platz. Die Krankheit tritt in ein subakuteres Stadium, endlich in ein chronisches, wo die Wahnidee nur noch mechanisch geäussert wird, obgleich der Kranke an ihr festhält. Sie ist ihm ein Bestandteil seiner Gedanken geworden, wie das Einmaleins dem Gesunden, etwas für ihn Selbstverständliches.

Diese beiden geschilderten Krankheitsformen gehören der chronischen Paranoia an; es giebt indessen noch akute Krankheitsformen, die ebenfalls das Zeichen beherrschender Wahnideen und Wahnsysteme aufweisen, ohne diesen Verlauf zu nehmen. Diese „akuten Paranoien“, die heilbar sind, treten im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen, den Verwirrtheitszuständen etc. auf, zeigen alle das Bestehen von Sinnestäuschungen, auf denen die Wahngedanken aufgebaut sind und gehen nach mehr oder weniger langem Bestehen und meist stürmischem Verlauf in relative Heilung aus, die im Verlauf der Katatonie beobachteten paranoischen Zustände in den jener Krankheit eigentümlichen Blödsinn. Während in den mit stürmischen, lebhaften Sinnestäuschungen einhergehenden Krankheitsformen das Bewusstsein recht häufig stark gestört ist, sind die chronisch Paranoischen bei völlig klarer

Besinnung und wohl orientiert. Ihre Stimmung wechselt mit dem mehr oder weniger starken Hervortreten ihrer Wahnidee im Seelenleben. Sie sind vielfach in gereizter, zorniger Stimmung, oft aggressiv und gefährlich. Die ernstlichen Verletzungen von Ärzten in Anstalten werden grösstenteils von sonst ruhigen chronisch Paranoischen ausgeführt. Aggressive Handlungen sind es auch zum grossen Teile, die den Paranoiker in die Anstalt führen, ein plötzlicher Angriff z. B. auf einen harmlosen Spaziergänger, der durch seinen beobachtenden Blick gezeigt hat, dass er mit im „Complott“ ist.

Vielfach fühlen sich die Kranken körperlich beeinflusst durch elektrische Ströme, Magnetismus etc. Oft auch empfinden sie ihre Halluzinationen als etwas Absonderliches, hören ihre Gedanken laut reden, so dass sie jeder verstehen kann, hören ganze Unterhaltungen in ihrem Innern und suchen durch Ohrenverstopfen und Einwicklung des Kopfes, Verkriechen den quälenden, nach aussen gelegten Sinneseindrücken zu entkommen.

Von kulturgeschichtlicher Bedeutung ist der im Mittelalter — und auch in der Neuzeit — viel beobachtete „Besessenheitswahn“, der so manche Unglückliche auf den Scheiterhaufen brachte.

Als ein Zeichen der psychischen Schwäche ist das Hervortreten der Grössenideen zu bezeichnen, die sogenannte „Transformation“ des Verfolgungswahns.

In der Aetiologie der Paranoia spielt die Heredität eine grosse Rolle. Werner findet in fast dem fünften Teil seiner Fälle (18 %) erbliche Belastung,

Kraepelin bei seinem allerdings enger gefassten Krankheitsbegriff (nur Paran. chron.) 85 %.

Eine noch grössere Wichtigkeit ist der psychopathischen Anlage zuzuschreiben. Wo überhaupt eine genauere Anamnese von verständigen Anverwandten genommen werden kann, wird man in der Mehrzahl der Fälle von Paranoia auch psychopathische Minderwertigkeit in irgend einer Beziehung feststellen können.

Auf dem Boden dieser Praedisposition, die bei Paranoia mehr wie bei vielen andern psychischen Erkrankungen zu konstatieren ist, entwickelt sich nun häufig genug ohne jegliche andre festgestellte Aetiologie das ausgesprochene, scharf umrissene Krankheitsbild der Paranoia.

Die Fälle von heilbarer Paranoia sind die akuten, die oft mit stürmischen Erscheinungen einhergehen. Nur bei akuter Paranoia kann völlige Heilung, Wiederherstellung einer normal arbeitenden Denkthätigkeit eintreten. Die chronischen Paranoien sind unheilbar. Vornehmlich sind die Fälle akuter Paranoia als prognostisch besser und günstiger zu bezeichnen, bei denen keine oder nur angedeutete Grössenvorstellungen vorliegen; bei denen also nur hie und da auftauchende, nicht festgehaltene oder gar systematisierte Grössenvorstellungen zwischen dem fixierten Verfolgungswahn auftreten.

Derartige Fälle laufen meist im Laufe eines Jahres ab, und es tritt völlige oder teilweise Gesundheit ein (Heilung mit Defekt).

Dagegen sind die Fälle, die über ein Jahr an-

dauern, die völlig chronisch gewordenen, die aus ihrer Vorgeschichte, der langen Dauer der Prodromalerscheinungen und den verhältnismässig wenig stürmischen Erscheinungen beim Ausbruch der Krankheit schon von vornherein den Stempel des Chronischen und unaufhaltsam Fortschreitenden tragen, die Fälle, welche mit schwerer psychopathischer Belastung einhergehen, ferner diejenigen, in denen von Anfang an ausgesprochene und systematisierte Grössenideen auftraten, als voraussichtlich ungünstig verlaufend zu bezeichnen. —

Wann stellen wir die Diagnose auf Paranoia?

Vor allen Dingen müssen wir das Vorhandensein von Wahnvorstellungen resp. Wahnsystemen feststellen. Die Wahnvorstellungen müssen fixiert, zu einem ständig festgehaltenen Gedanken in der Gedankenwelt des Kranken geworden sein; oder auch sie müssen systematisiert, nach jeder Beziehung hin ausgebaut sein, indem alle Verhältnisse, mit denen der Kranke in Berührung kommt, in ein systemartig zusammenhängendes Ganze, das als Mittelpunkt die Wahnidee hat, gebracht werden. (Differentialdiagnose gegen Manie und die mit vorübergehend auftauchenden Wahnideen einhergehenden Psychosen).

Charakteristisch für die depressiven Wahnideen dieser Erkrankung ist, dass der Kranke von aussen her beeinflusst wird, von anderen, Fremden, verfolgt und geschädigt wird. (Differentialdiagnose gegen die Wahnideen bei Melancholie, wo die Schuld am „Unglück“ dem eigenen Ich aufgebürdet wird).

Drittens ist die Paranoia eine der funktionellen Psychosen, geht also ohne körperliche Lähmungser-

scheinungen einher. (Differentialdiagnose bei Wahnvorstellungen Paralytischer, die übrigens auch oft ihrem Charakter nach von denen der Paranoiker dadurch unterschieden sind, dass sie ins Masslose gehen und einen ausgesprochen schwächlichen Zug zeigen).

Paranoiker sind im Allgemeinen als unbedingt gemeingefährlich beim Ausbruch ihrer Krankheit der Anstalt zu überweisen.

Die frisch zur Anstalt gebrachten Paranoiker müssen durch beruhigendes Zureden, worin hierbei hauptsächlich die „psychische Behandlung" besteht, sowie durch die schon mehrfach erwähnten beruhigenden, schlafbringenden Mittel zur Ruhe gebracht werden.

Der Paranoiker bedarf einer andauernden, leicht anregenden Beschäftigung, um seine Gedanken vom Grübeln über sein Schicksal abzulenken. Bureauarbeiten, Lesen, Spiel und vor allem die Arbeit im Garten und Landwirtschaft sind hier geboten.

Ganz ruhig gewordene chronisch Paranoische, die nur noch affektlos, gewissermassen mechanisch ihre Wahnvorstellungen äussern, können auch ausserhalb der Familienpflege leben. Sie bringen ihrer Umgebung meist keinen Schaden mehr. Doch müssen sie stets beaufsichtigt werden, da auch sie noch ganz unberechenbar sind.

Unter den Formen der echten Paranoia befinden sich noch mehrere durch eigenartige Besonderheiten ausgezeichnete. Diese sollen nur kurz mit ihren Hauptsymptomen erwähnt werden.

Die hypochondrische Verrücktheit (Westphal). Eine Paranoia, deren fixe Idee sich mit Gebrechen des eigenen Körpers beschäftigt; zum grossen Teil sind diese Fehler und Gebrechen nur in der Phantasie des Kranken bestehend. Es werden dabei oft wiederholt die sonderbarsten Gedanken geäussert, wie z. B.: „das Wasser, das ich trinken will, fliesst mir durch ein von Schwindsucht und Syphilis vom Rücken zum Munde gebildetes Loch nach aussen und verbrennt mir dabei den ganzen Rücken." Dass bei Entstehung der Paranoia hypochondrica vielfach Paraesthesien im Spiele sind, wie bei der wirklichen Hypochondrie, ist leicht verständlich. Die Ursache der körperlichen Leiden des Kranken ist bei der Paranoia hypochondr. ein Fremder, der ihm aus irgend einem Grunde übelwill. Der Hypochonder dagegen, der ähnliche Klagen hören lässt, wenn auch meist von geringerer Intensität, bürdet sich selbst oder auch niemand die „Schuld" auf, nimmt seine Leiden als Geschick entgegen.

Die Erotomanie ist eine ausgesprochen wahnhafte Erkrankung, eine Form des Deutungswahns. Irgend eine hochgestellte oder sonst hervorragende Person des anderen Geschlechts liebt den Kranken heimlich und giebt durch allerhand geheimnisvolle, für andre unverdächtige und unverständliche Zeichen, durch harmlose Zeitungsanzeigen, durch persönliche

Andeutungen in Reden, durch öfteres Begegnen der Diener etc. dem Kranken Kenntnis von dieser heimlichen, ganz platonischen Liebe, die oft lange unentdeckt bleibt, bis endlich eine sonderbare, mit dem Wahn in Verbindung stehende Handlung die Aufmerksamkeit auf das Seelenleben des Kranken lenkt, die Geistesstörung erkennen und damit die Überführung in eine Anstalt bewirken lässt. Auch hier setzen dann die Beziehungen meist in unveränderter Weise sich fort. Der Verlauf ist ein ausgesprochen chronischer.

Der religiöse Wahn, bald in Gestalt von Verfolgungs-, meist von Grössenwahn, ist wohl fast immer das Produkt entsprechender Sinnestäuschungen. Die Krankheit geht nicht selten mit sexuellen Erregungen einher; die dabei entwickelte religiöse Inbrunst ist selbst meist rein erotischen Charakters.

Der Quaerulantenwahnsinn. Während quaerulierende Ideen vielfach auch bei andern Geistesstörungen, vor allem beim chronischen Alcoholismus beobachtet werden, treten sie als System bei der „Quaerulantenwahnsinn“ genannten Form der Paranoia chronica, einem reinen Deutungswahn, auf.

Diese Form des Verfolgungswahns zeichnet sich dadurch aus, dass der Kranke glaubt, seinetwegen werde das Recht gebeugt. Die Kranken prozessieren unaufhörlich gegen alle möglichen Personen wegen vermeintlicher Rechtskränkungen. Da natürlich das Gericht zu ihren Ungunsten entscheiden muss, glauben sie sich in ihrem klaren Recht geschädigt; die Richter und alle höheren Instanzen, die das Urteil bestätigen, müssen bestochen sein. Sie schreiben darum an alle

möglichen Behörden von Beleidigungen gegen ihre vermeintlichen Widersacher strotzende Briefe, Berichte und Petitionen, schreiben auch Immediatgesuche in ihrer Sache und suchen, was besonders charakteristisch ist, durch selbst die verwerflichsten Mittel, Erfindungen, Verleumdungen, Lügen, Urkundenfälschungen etc. ihr vermeintliches Recht zu erlangen, ohne jegliches Verständnis für die Rechtswidrigkeit und ethische Verwerflichkeit dieser Handlungsweise. Die Unterscheidung gegen die noch in der Breite des Physiologischen liegende Prozess- und Quaeruliersucht liegt in der wahnhaften Ausgestaltung und Verarbeitung des Gedankens.

Derartige Paranoiker besitzen oft eine im Laufe ihrer vielen Rechtsstreitigkeiten erworbene erstaunliche Kenntnis der Rechtsgesetzgebung, die aber vielfach nicht über das Formale hinausgehend den Sinn des Rechts nicht zu erfassen versteht. Durch Heranziehung immer neuer Paragraphen suchen sie, wenn ihnen ihr logischer Fehler nachgewiesen ist, ihr Recht zu beweisen, ohne im geringsten ihre auffallende Kritiklosigkeit den eigenen Angelegenheiten gegenüber auch nur zu ahnen. Der Quaerulantenwahnsinn ist eine öfters unerkannt bleibende Form der unheilbaren chronischen Paranoia.

Zu den einfachen unkomplizierten Psychosen gehören ausser den erwähnten Krankheitsformen noch die sekundäre, senile und akute Demenz, die akute Verwirrtheit, periodisches und cyklisches Irresein und das katatonische Irresein, obgleich bei manchen Formen

dieser Krankheiten konstante Veränderungen im Centralnervensystem gefunden werden.

So finden wir fast bei allen Fällen von Demenz, die eine längere Dauer hatten, bei der Sektion allgemeine Zeichen des Gehirnschwundes, speziell der grauen Substanz, verbunden mit Verflachung der Gyri und geringer Tiefe der Sulci.

Im nachfolgenden seien kurz die Haupterscheinungen dieser Erkrankungsformen aufgeführt, da deren ausführliche Beschreibung über den Rahmen dieses Büchleins hinausgehen würde.

Die sekundäre Demenz ist eine der Ausgangsformen der funktionellen Psychosen. Dem Krankheitsbild ist fast stets noch der Stempel der vorausgegangenen Psychose, allerdings in sehr abgeschwächter Form aufgedrückt. Leicht maniakalische oder melancholische Stimmung, mechanisch, ohne Leidenschaft und Interesse geäusserte, die Psyche nicht mehr übermächtig beherrschende Wahnvorstellungen sind zu konstatieren neben der allgemeinen Demenz, der geschwächten Denk- und Urteilskraft. Doch findet man häufig die groben Intelligenzdefekte erst bei genauerer Nachforschung. Nach aussen bieten die Kranken häufig durch die oft vorhandene Vielgeschäftigkeit ein durchaus nicht dementes Aussehen.

Die sekundäre Demenz ist praesenil, tritt vor dem 55. Lebensjahr auf (Differentialdiagnose gegen Dem. sen.) im Anschluss an eine ungeheilte, in ihren stürmischen Erscheinungen abgelaufene funktionelle Psychose. Die sekundäre Demenz zeigt keine körperlichen Lähmungssymptome wie die Paralyse.

Prognose ungünstig. Die Kranken bedürfen zum grössten Teil nicht der Anstaltsbehandlung.

Bei den an Altersblödsinn leidenden Kranken sehen wir als Hauptkrankheitszeichen die geistige Schwäche, die bis zum Stillstand jeder geistigen Thätigkeit fortschreiten kann. Das Auffassungsvermögen ist stark herabgesetzt, es fehlt vielfach die Orientiertheit über Ort, Zeit und Lage. Die Stimmung ist meist eine schwachsinnig-heitere, die Wünsche der Kranken erstrecken sich vielfach bloss auf ihr körperliches Wohlergehen.

Doch sind die Kranken wie Kinder in dem leichten unmotivierten Stimmungswechsel. Ein kleiner unsinniger Wunsch, der dem eben heiter lächelnden Greise abgeschlagen wird, bringt ihn zu lautem Klagen und Weinen; und durch eine Kleinigkeit wieder, z. B. eine Cigarre, fühlt er sich bald darauf wieder als der glücklichste Mensch.

Das Gemütsleben ist meist stumpf, die Kranken für die Aussenwelt und ihre Umgebung teilnahmlos. Das Gedächtnis ist stets mangelhaft; namentlich infolge der herabgesetzten Auffassungsfähigkeit ist die Erinnerung für die jüngste Vergangenheit schlecht, während sich der Kranke früherer Ereignisse noch mit leidlicher Treue erinnern kann.

Auch das Triebleben ist herabgesetzt. Nicht selten sind es auffallende Handlungen, die den Kranken mit der öffentlichen Ordnung in Streit bringen (Sittlichkeitsvergehen an Minderjährigen, planloses Herumirren) und seine Verbringung in eine Anstalt bedingen.

Auch Verwirrtheitszustände, Wahnbildungen und

gemütliche Depression werden nicht zu selten bei derartig Kranken bemerkt.

Körperlich sind die senil Dementen meist älter und verbrauchter als ihre Lebensjahre erwarten liessen. Ausser häufiger Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Schwindelgefühl finden wir meist diffuse, ausgebreitete Arteriosclerose (wohl die Ursache der psychischen Änderung), Greisenzittern, leichte körperliche Lähmungserscheinungen wie träge Reflexe, Atrophieen, Gefühlsstörungen, die aber nicht so regelmässig und schwer sind wie die durch die organische Erkrankung der Dementia paralytica bedingten Lähmungs- und Ausfallserscheinungen. Die Kranken bedürfen vielfach genauer Wartung und Pflege (besonders nach den apoplektischen Anfällen!), da sie nicht allzu selten Urin und Kot, ohne es zu merken, unter sich lassen. Auch neigen sie sehr zum Durchliegen und gerade die Vermeidung des Decubitus bei den marastischen Körpern ist eine Hauptaufgabe bei der Pflege dementer Kranker. Verpflegung in der Irrenanstalt ist deshalb für viele Fälle durchaus wünschenswert. Die Prognose ist natürlich absolut schlecht, da die intracraniellen Veränderungen, die allgemeine Hirnatrophie, wie sie fast regelmässig bei den Sektionen gefunden wird, nicht wiederhergestellt werden können.

Ein von den meisten Autoren zu den geistesabwesenden Zuständen der Demenz gerechneter und darum Dementia acuta genannter Zustand ist auch der Stupor.

Obwohl der Stupor als solcher ein Symptom bildet, das sich bei mehreren Kranheitsformen vorfindet, so

wird doch sehr häufig nach grossen Erschöpfungen und Säfteverlusten ein Krankheitsbild beobachtet, in dem dies Symptom fast beherrschend auftritt.

Nach nur kurzem Vorstadium mit den allgemeinen Krankheitszeichen der Schlaflosigkeit, Unruhe, Gedrücktheit und Kopfschmerz entwickelt sich mehr oder minder rasch das Bild des Stupors.

Der Stupor ist das Zeichen der höchsten psychischen Hemmung. Er beruht meist nicht auf einem völligen Darniederliegen der geistigen Kräfte, wie die Stumpfsinns- und Blödsinnszustände bei Paralyse und der senilen und sekundären Demenz.

Die Kranken wissen nicht allzu selten nach dem Erwachen aus jenem Zustande ganz genau, was in der Zwischenzeit um sie her vorgegangen ist, während sie anscheinend völlig teilnahmslos dalagen; sie hören, was man zu ihnen spricht, sie pressen ihre ohnedies schon fest geschlossenen Lippen und Augen beim Anreden oder beim Versuch, sie zu einer Reaktion zu bringen, noch fester zu, ein Zeichen, dass in ihrem Innern noch geistiges Leben besteht.

Dass beim eigentlichen Stupor kein völliges Darniederliegen der geistigen Funktionen vorliegt, erhellt auch schon daraus, dass häufig genug impulsive Gewaltakte vorkommen. Die Kranken haben durch ständige Häufung von Willensenergie es vermocht, die bestehende allgemeine Hemmung zu durchbrechen, und in einem unvermuteten explosionsartigen Gewaltakt entlädt sich die aufgespeicherte Willenskraft.

Bei der Beschäftigung mit Stuporösen kann man

vielfach beobachten, wie die Kranken arbeiten, die Hemmung zu überwinden.

Der Mund wird rüsselförmig vorgestreckt, in den Gesichtsmuskeln zuckt es bald hier, bald da; doch reicht meist die Willenskraft des Kranken nicht aus zur Überwindung der hemmenden Gegenkräfte.

Als Andeutung von impulsiven Akten ist auch das bei Stuporösen nicht allzu selten vorkommende Hinauswerfen aus dem Bette anzusehen.

Während bei den mit Erregung einhergehenden Formen das Bewusstsein meist traumartig getrübt ist, sehen wir andere Fälle mit anscheinend völligem Bewusstseinsverlust. Fast in allen Fällen kann ein gewisses Krankheitsgefühl, meist im Beginne der Erkrankung, beobachtet werden.

Von körperlichen Erscheinungen fällt der häufig rapide Gewichtsverlust ins Auge, der bei der Wendung zur Besserung einer fast ebenso raschen Gewichtszunahme Platz macht. Auch hier hat die Bestimmung des Körpergewichts eine hervorragende prognostische Bedeutung. Es besteht vielfach Schlaflosigkeit, auch Nahrungsverweigerung, stets angehaltener Stuhlgang. Die Haut ist blass und kühl, der Puls langsam und klein, die Pupillen zeigen träge Reaktion, die Gefühlsthätigkeit kann völlig herabgesetzt sein. Auch die Körperwärme ist oft herabgesetzt; die Menses setzen aus, und ihr Wiederauftreten ist nicht selten das erste Zeichen der beginnenden Genesung.

Das Erwachen aus diesem tiefen geistigen Schlaf geschieht langsam, manchmal auch von Rückfällen unterbrochen; noch lange, wenn äusserlich ein ruhiges,

besonnenes Wesen herrscht, zeigt leichte Reizbarkeit bei äussern Eindrücken und geistige Ermüdbarkeit die überstandene schwere Erkrankung.

Erwähnt sei noch, dass intercurrente Krankheiten häufig den geschwächten Kranken befallen. (Phthise!)

Stuporöse bedürfen wohl ausnahmslos der Anstaltsbehandlung. Abgesehen von den erwähnten, fast stets unvermittelt und unerwartet auftretenden Gewaltakten ist es besonders die Sorge für das körperliche Wohl der Kranken, für stete Aufwartung der Unreinlichen, sowie für geregelte Nahrungsaufnahme, die die Anstaltsbehandlung fast nicht umgehen lässt.

Die Prognose ist im allgemeinen günstig. Doch sind Inanition und jene Impulsivakte zu fürchten.

Mit dem Stupor verwandt, entstanden durch dieselben meist körperliche Ursachen, wie Erschöpfungszustände nach Blutverlusten, schweren Krankheiten, übermässiger geistiger Arbeit finden wir ein anderes Krankheitsbild, die akute Verwirrtheit (Amentia). Beide Erkrankungsformen zeigen nicht selten Übergänge in einander.

Sie entsteht besonders häufig im Anschluss an sexuelle Vorgänge, wie Puerperium, Menstruation, Lactation und Gravidität, während der Pubertätsjahre und im Klimakterium, nach und während fieberhafter Erkrankungen, nach psychischen Einwirkungen, wie Schreck etc., nach Vergiftungen, wie akuter Alkoholvergiftung u. a. m., aber auch ohne jede bekannte Ursache.

Völlig plötzliche Entstehung ist selten; meist sehen wir eine subakute Entstehung unter Auftreten von

Voranzeigen wie geistige und körperliche Abgeschlagenheit und Mattigkeit, Druck, Zerstreutheit, Kopfschmerzen. Charakteristisch für die vollentwickelte Krankheit ist die Verwirrtheit der Kranken. Diese sind nicht im stande, einen klaren Gedanken zu fassen, befinden sich im Zustand eines dumpfen Druckes, alles erscheint ihnen rätselhaft, unheimlich. Sie sind meist unbesinnlich für frühere Ereignisse, unorientiert über Zeit und Aufenthalt, ungesammelt und zerstreut. Der Gedankengang ist ungeregelt, ablenkbar, es zeigen sich Erscheinungen von Ideenflucht. Wie ihre Gedankenwelt ist auch deren Ausfluss, das Handeln, unklar, unruhig, wechselnd; es zeigen sich im bunten Wechsel motorische Erregung und Hemmung.

Das Bewusstsein ist stets mehr oder weniger getrübt, die Kranken leben oft wie in einer rätselhaften Traumwelt.

In seinen leichteren Formen erinnert das Krankheitsbild an das Gebahren von Knaben, die bei irgend einer unerlaubten Handlung ertappt, nicht wissen, wie sie sich geberden sollen.

Doch in dem einen Falle ist die Verwirrtheit durch äussere Verhältnisse bedingt, im andern durch bloss innere Einflüsse herbeigeführt, also pathologisch.

Wir unterscheiden von der vorher skizzierten einfachen Verwirrtheit die akute halluzinatorische Verwirrtheit, deren Haupterscheinung ausser der erwähnten allgemeinen Verwirrtheit Sinnestäuschungen sind, die oft ausserordentlich massenhaft in allen Sinnen auftreten.

Gerade diese halluzinatorische Verwirrtheit, die

sich an körperliche Erschöpfungszustände anschliesst, wird so häufig mit andern psychischen Krankheiten verwechselt.

Die Sinnestäuschungen, die alle Sinnesorgane betreffen können, hauptsächlich aber im Gebiet des Gehörs- und Gesichtssinns auftreten, führen bei sehr intensivem Auftreten den Zustand des Stupors herbei.

Meist durch Halluzinationen verursacht, doch auch vereinzelt bei einfacher Verwirrtheit treten hie und da Wahnideen auf, die aber nicht festgehalten oder gar systematisiert sind, sondern in der Gedankenwelt des Kranken so rasch wieder verschwinden, wie sie aufgetaucht sind.

Durch massenhaft auftretende Halluzinationen werden wohl meist die nicht allzu selten auftretenden impulsiven motorischen Akte solcher Kranker zu erklären sein, die hie und da auch für sich und andre gefährlich werden können.

Infolge des gestörten Schlafes, der mangelnden Nahrungsaufnahme, der ständigen Erregung sehen wir auch hier einen starken und raschen Gewichtsverlust und eine rasche Hebung des Gewichts in der Reconvalescenz.

Die akute Verwirrtheit gehört zu den funktionellen Psychosen leichterer Art. Sie verschwindet meist unter Steigerung (oft an die Menses anknüpfend) und Wiedernachlassen der Krankheitserscheinungen innerhalb einiger Wochen bis Monate. Auch hier sehen wir noch lange bei scheinbarer Heilung erhöhte gemütliche Reizbarkeit bestehen. Die Prognose ist demnach im allgemeinen günstig zu stellen.

Die Diagnose der akuten Verwirrtheit wird gestellt auf Grund der Symptome der allgemeinen Verworrenheit und Unklarheit, der Unorientiertheit, die akut entstanden sind. Eventuell haben wir noch das Bestehen von bald mehr, bald weniger zahlreichen Sinnestäuschungen zu bemerken und von kurz und flüchtig auftretenden Wahnvorstellungen. (Differentialdiagnose gegen Paranoia).

Von der Manie, mit der die Verwirrtheit vielfach verwechselt wird, unterscheidet sie sich dadurch, dass die Manie einen freieren, leichteren Zug durch das Fortfallen von Hemmungen zeigt, während die Verwirrtheit gerade durch einen gewissen geistigen Druck sich auszeichnet. Treten bei einer psychischen Erkrankung, bei welcher die Zugehörigkeit zu einer dieser beiden Krankheitsformen zweifelhaft ist, viele Sinnestäuschungen auf, so wird der Fall in die Klasse der halluzinatorischen Verwirrtheit zu rechnen sein, da massenhaft auftretende Sinnestäuschungen nicht zum Bild der Manie gehören. Die Behandlung, die im Anfang im Wachsaal der Anstalt erfolgen muss, bezweckt Abhaltung von Schädlichkeiten, Erhaltung und Hebung der geschwächten Körperkräfte, sowie möglichste Beruhigung der Kranken.

Zu der Klasse der funktionellen Psychosen gehören noch die Erkrankungsformen der periodischen und cyklischen Psychosen, sowie die Katatonie. Die beiden ersteren, die ausserdem nicht selten Übergänge in einander bilden, so zwar dass ein als periodische Psychose aufgefasster Fall sich als cyklisches Irresein herausstellt, sind Zeichen einer krankhaften Veran-

lagung der Seele. Sie treten fast nur in Fällen auf, in denen eine deutliche Familienanlage zu Geistes- oder Nervenkrankheiten nachweisbar ist oder auch bei Personen, die schon frühzeitig durch ihr sonderbares, wechselndes, unstätes Wesen aufgefallen waren. Im Anschluss an äussere Ursachen oder innere Reize, oft auch anscheinend spontan bricht ein Anfall von Irresein aus, meist der manischen oder melancholischen Form angehörend. Dabei sind die Anfälle durchaus nicht als Recidive aufzufassen, sondern als Äusserungen der krankhaften Anlage. Denn bei beiden Erkrankungsarten zeigt oft die genaue Beobachtung der Zwischenzeiten, dass trotz äusseren geordneten Verhaltens das Seelenleben gewisse krankhafte Züge enthält. Die Fälle von Manie, namentlich die rasch „heilenden", sind grossenteils Zeichen resp. Anfälle periodischen Irreseins.

Häufig beobachtet ist die Thatsache, dass bei den periodischen Psychosen ein Anfall der psychischen Störung dem andern sehr ähnelt, ja ihn „mit photographischer Treue" kopiert.

Vielfach knüpfen sich die Anfälle beim periodischen Irresein an sexuelle Funktionen, Menses, Gravidität, Klimakterium an.

Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Anfällen sind oft von gleicher, dann meist geringer Dauer (Monat — 1/2 Jahr). In der Mehrzahl der Fälle ist eine zeitliche Regelmässigkeit in der Wiederkehr des Anfalles nicht zu bemerken; ja es ist nicht ausgeschlossen, dass ein nur ein einziges Mal im Leben vorkommender Anfall manischer Seelenstörung doch der

Ausdruck einer krankhaften, sonst die periodische Psychose bedingenden Seelenanlage ist.

Das cyklische oder cirkuläre Irresein ist charakterisiert durch einen regelmässig auftretenden, sich öfters wiederholenden Wechsel zwischen expansiver und depressiver Geistesstörung mit dazwischen liegenden, scheinbar freien Zeiten, in denen jedoch fast stets gewisse Krankheitszeichen, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, gedrückte Stimmung, Energielosigkeit bemerkt werden können. So geht sowohl Stupor in manische Erregung über, wie umgekehrt Manie in Stupor.

In den einzelnen Stadien herrscht eine grosse Mannigfaltigkeit der graduellen Unterschiede. In dem depressiven Stadium sehen wir sowohl einfache gemütliche Verstimmung wie schwerste stuporöse Hemmung, Versündigungsvorstellungen und schreckhafte Sinnestäuschungen; im expansiven Stadium werden sowohl hypomanische Störungen wie gewaltige tobsüchtige Erregung beobachtet.

So zeigen diese Krankheitsfälle wohl einen regellosen, bunten Wechsel der Krankheitserscheinungen nach ihrer Intensität, aber einen regelmässigen Wechsel in der Qualität, der Abwechselung zwischen expansiver, depressiver Störung und scheinbarer Gesundheit.

Die Prognose des einzelnen Anfalls der psychischen Störung ist bei diesen Erkrankungsarten günstig, da er erfahrungsgemäss meist glatt abläuft; indessen ist die Gesamtprognose auf dauernde Heilung im allgemeinen ungünstig, besonders kommt bei gehäuften Anfällen vielfach der Ausgang in sekundäre Demenz vor.

Eine eigenartige, in ihrem Verlauf eine Reihe

verschiedenartiger Bilder darbietende Krankheit ist das **katatonische** (Spannungs-) **Irresein**. Die Katatonie ist eine Erkrankung des jugendlichen Alters, sie tritt meist gegen Ende des zweiten und Anfang des dritten Jahrzehnts des Lebens auf.

Nachdem mehr oder weniger lang ein depressives Vorstadium bestanden hat, in dem schon eine deutliche Änderung des Wesens bemerkt werden kann, werden in faselnder, energieloser Weise vage, manchmal wechselnde Wahnvorstellungen paranoischer Art geäussert. Häufig bestehen Halluzinationen, auch wird Ideenflucht fast stets zeitweise gefunden. Charakteristisch für die Erkrankung, wovon sie auch den Namen hat, sind die eigentümlichen motorischen Erscheinungen. Muskelspannungen, kataleptische Erscheinungen, die dem tiefsten Stupor entsprechen, stumpfer Widerstand gegen passive Bewegungen, aktive stereotype, fast automatenhafte Bewegungen sind für diese Erkrankung geradezu pathognomonisch. Dabei tritt der Schwachsinn, oft in Gestalt dement-heitrer Stimmung immer deutlicher hervor. Während des Verlaufs der Krankheit treten nicht selten epileptoide, auch ohnmachtsartige Anfälle auf. Der Verlauf ist vielfach von Remissionen von verschiedener Dauer unterbrochen. Auch die „Heilungen“ (mit Defekt) sind vielleicht als solche langdauernde Nachlässe aufzufassen. Der Ausgang ist tiefer Blödsinn, der nach mehreren Jahren eintritt. Auch in diesem Blödsinn sind vielfach noch die katatonischen Zeichen erkennbar. Die Entstehungsursache ist noch nicht bekannt.

2) Psychosen mit Epilepsie.

Der akuten Verwirrtheit besonders ähneln vielfach die Psychosen mit Epilepsie und Hysterie, und zwar so sehr, dass oft nur der Nachweis der komplizierenden Neurose die Diagnose und Zugehörigkeit des Falles zu dieser Klasse der geistigen Erkrankungen entscheidet.

Schon die nicht den Irrenarzt speciell angehenden Fälle von Epilepsie und Hysterie zeigen eine solche Fülle von andern psychischen Krankheiten her bekannter krankhafter Züge des Seelenlebens; der Charakter, die ganze seelische Persönlichkeit zeigt so tiefgreifende Änderungen, dass schon die einfache Hysterie z. B. als Neuropsychose aufgefasst wird. Eine allgemein durchgeführte Erklärung dieser Krankheiten als Psychosen verhindern die sozialen Folgen solcher Erklärung, während dem Richter in forensischen Fällen die so häufig strafaufhebende oder mildernde Kraft dieser Psychoneurosen wohlbekannt ist.

Bei keiner Exploration auf den psychischen Zustand darf die genaue Ausforschung nach Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen, nach unwillkürlichem Urin- und Kotabgang, Zungenbissen, plötzlichen Verletzungen durch Umfallen fehlen, nach deren Häufigkeit, Stärke, Auftreten mit oder nach psychischen Erregungen, Verhältnis zu allen auf das Geschlechtsleben bezüglichen Vorgängen etc. Gerade auf die genauere Ausforschung über Schwindelanfälle ist ein grosser Fleiss zu verwenden; denn Schwindelanfälle, die als „petit mal" auftreten, sind unbedingt epileptischer Natur.

Sehr viele Fälle psychischer Erkrankung, die vorher nicht gut als eine der andern psychischen Erkrankungsformen anzusprechen waren, wenn auch die Erkrankung der Psyche an sich festgestellt war, erhalten erst durch die anamnestische, meist bestimmt abgegebene Angabe, dass Epilepsie vorliegt, ein klares Aussehen, werden erst dadurch von einem andern Gesichtspunkte angesehen. So habe ich öfters bemerken können, dass Psychosen, die von Ärzten als Fälle von periodischem Irresein bezeichnet wurden, sich einfach als Seelenstörungen auf epileptischer Basis entpuppten.

Der Epileptiker zeigt meist einen veränderten egoistischen, eigensinnigen und rücksichtslosen Charakter, ist durch kleine Vorkommnisse in masslose Wut zu versetzen; auch ohne eigentlich geisteskrank zu sein, ist er häufig zeitweise verändert, mürrisch, finster und durchaus abweisend.

Häufig genug gehen den Anfällen voraus oder folgen ihnen sofort nach Zustände, die unbedingt in das Gebiet des geistig Krankhaften zu rechnen sind, Zustände von Alienität, Geistesabwesenheit, Unorientiertheit und Verwirrtheit, in denen nicht selten Sinnestäuschungen auftreten (auch die aura epilept. ist ja eine Trugwahrnehmung). Weiter ist genugsam bekannt, dass an Stelle des epileptischen Anfalls ein sogenanntes „Äquivalent“ ausgelöst werden kann, das sich auf psychischem Gebiete ohne die sonstigen motorischen Erscheinungen abspielt, meist in Gestalt eines „Dämmerzustandes“.

Derartige prae- und postepileptische Zustände ähneln meist bis zu einem gewissen Grade den be-

kannten funktionellen Psychosen, und so bildet sich durch häufig wiederholtes Auftreten derartiger Zustände, die wie melancholische, maniakalische oder Verwirrtheitszustände erscheinen, ein Krankheitsbild aus, das bei oberflächlicher Betrachtung, ohne Berücksichtigung der Epilepsie als Ursache, den periodischen Psychosen ähneln kann.

Ein gleichmässiges Bild der epileptischen Psychose lässt sich nicht kurz zeichnen.

Das Bewusstsein ist im Anfall völlig aufgehoben zeigt sich in den Dämmerzuständen stark getrübt. Der Kranke ist wie benommen, lebt in einem, vielfach durch Halluzinationen schrecklicher Art bedingten traumhaften Zustand.

Es finden sich in derartigen Krankheitsbildern Züge aus andern Psychosen, meist mit einer gewissen Färbung. Bald sind Erscheinungen melancholischer Art zu bemerken, traurige Verstimmung, Versündigungsvorstellungen bis zum Selbstvernichtungstrieb, bald solche, die an Manie und Verwirrtheit in ihrer Erregung oder Benommenheit erinnern. Auch paranoische Gedanken werden geäussert. Vielfach, oft sehr intensiv und massenhaft treten Sinnestäuschungen schrecklicher Art auf, die wohl ihrerseits die Impulsivakte der Epileptiker bedingen. Häufig ist als Gemeinsames bei dergleichen Krankheitsbildern ein unsteter Zug des Trieb- und Sprungartigen zu bemerken. Während die Krankheitsbilder der funktionellen Psychosen ein meist längere Zeit sich gleichbleibendes Bild zeigen, entwickelt sich oft die epileptische Psychose resp. der einzelne Anfall derselben plötzlich, unvermittelt und

ausserordentlich rasch zur vollen Höhe sich ausbildend, um eventuell ebenso rasch wieder zu verschwinden und nur ein dumpfes Druckgefühl zu hinterlassen.

Vielfach sind die Kranken während des Anfalls motorisch sehr erregt und ausserordentlich gewaltthätig. Die am gewaltsamsten Tobenden sind Epileptiker.

Werden die Kranken in diesem Erregungsstadium beobachtet, so ist meist eine deutliche Farbenveränderung im Gesicht zu konstatieren, zurückgehend auf die vasomotorischen Veränderungen, die ja für die Epilepsie allgemein bekannt sind, glänzende irrblickende Augen, grosse, allgemeine motorische Unruhe, die sich in unstetem Bewegungsdrang äussert. Die Kranken sind in diesem Zustand kaum oder gar nicht zu fixieren, sie bemerken nicht, was um sie herum vorgeht.

Oft wird bemerkt, dass Epileptiker im Dämmerzustand gleichsam mechanisch oder automatisch Handlungen mehr gleichgültiger Art ausführen, die aber häufig genug ganz kompliziert erscheinen.

Charakteristisch für den Epileptiker und die epileptische Natur eines derartigen Anfalls von geistiger Störung ist die totale oder partielle Amnesie, die Erinnerungslosigkeit an den Vorgang oder deren Einzelheiten.

Nicht allzuselten wird bemerkt, dass nach dem Anfalle der Kranke wohl eine dunkle Erinnerung hat, dass etwas Sonderbares vor sich gegangen ist; doch fehlt ihm für die Einzelheiten, meist auch für das Gesamtbild jede Erinnerung. Wie während des echten epileptischen Anfalls das Centralnervensystem bis zum

Fehlen der Reflexe (Pupillenstarre!) ausser Thätigkeit gesetzt ist, so funktionieren auch während des psychischen Äquivalents und des epileptischen Deliriums die Ganglienzellen der Hirnrinde so wenig, dass sich in ihnen kein Erinnerungsbild für die Vorgänge während des Anfalls fixieren kann.

Ein nicht allzu selten beobachtetes Symptom bei Kranken dieser Art in ihrer motorischen Erregung ist der triebartige Drang, weite Strecken ohne Ziel und Weg fortzulaufen, um sich bei Wiederkehr des Bewusstseins in irgend einer für sie unbegreiflichen Lage wiederzufinden. Derartige Zustände sind bei Soldaten öfters beobachtet worden.

Eine Erfahrungsthatsache ist es ferner, dass sich unter den Landstreichern und Vagabunden nicht selten epileptisch Geisteskranke befinden. Nicht zu selten ist bei jugendlichen Epileptikern der Trieb, Feuer anzulegen, zu bemerken.

Im Verlaufe der epileptischen Psychose wie ja nicht selten auch bei einfachen gehäuften epileptischen Anfällen, tritt mehr oder weniger rasch ein verschieden hochgradiger Schwachsinn ein. Auch an diesem geschwächten Geiste ist noch der Stempel der verwüstenden Krankheit an mancherlei Eigenheiten zu erkennen.

Die Diagnose einer epileptischen Psychose kann häufig schon allein aus der Art der Handlung, die zur Begutachtung vorgelegt wird — denn viele Fälle dieser Art sind ja gerichtlich — gestellt werden. Das Bild der vorliegenden Psychose reiht sich nicht in die bekannten Bilder der funktionellen Psychosen ein; es

herrscht im Krankheitsbild ein unstetes Element vor; für die während des Anfalls vorgefallenen Handlungen besteht Amnesie, die entweder total oder partiell ist, und in diesem Umfang bei keiner andern geistigen Erkrankung auftritt. Während dieser Symptomenkomplex eine Psychose mit Epilepsie wahrscheinlich macht, beweist der (eventuell anamnestische) Nachweis der Epilepsie oder epileptoider Zustände, — Krampfanfälle mit Verfärbung, Zungenbiss, Durchnässung etc. oder die kurz dauernden geistesabwesenden Zustände des petit mal — die Diagnose dieser Erkrankung.

Aetiologisch ist zu bemerken, dass auffallend oft hereditäre Belastung zu konstatieren ist; vielfach ist Trunksucht beim Vater nachzuweisen.

Ebenso wie der Alcoholismus der Erzeuger vielfach in den Nachkommen noch als epileptische Anlage verderbenbringend wirkt, so ist oft der Alcohol wieder der Auslöser der Krankheitserscheinungen bei der epileptischen Veranlagung. Krampfanfälle und psychische Zustände werden häufig durch Genuss schon kleiner Mengen dieses Giftes hervorgerufen, viele Epileptiker sind absolut intolerant gegen Alcohol, kommen in einen „pathologischen Rauschzustand“, ohne eigentlich betrunken zu sein.

Prognostisch müssen wir eine scharfe Trennung machen. Der zur Zeit bestehende Zustand geistiger Störung läuft meist vollständig ab, es tritt danach wieder völlige geistige Klarheit, sei es nun im Laufe von Stunden oder auch von Wochen ein. Aber die psycho- resp. neuropathische Anlage bleibt bestehen, und damit die Möglichkeit der Wiederholung des Anfalls. Als

endgültigen Ausgang kennen wir sekundäre oder epileptische Demenz, Exitus im Anfall oder an den Folgen eines solchen oder auch nach Heilung der epileptischen Anlage völlige geistige Wiederherstellung in der Minderzahl der Fälle.

Eine Behandlung der zu Grunde liegenden neuropathischen Anlage nach den Regeln der inneren Medizin, also besonders mit den Brompräparaten, kann eine fundamentale Besserung demnach immerhin ermöglichen.

Von grundlegender Wichtigkeit ist dabei die dauernde völlige Enthaltung auch von kleinen Mengen alkoholischer Getränke.

Das hysterische Irresein ist eine psychische Erkrankungsart, die mit der epileptischen Psychose viele gemeinsame Punkte aufweist.

In noch höherem Grade wie bei der verwandten Epilepsie, zeigen sich schon bei der einfachen Hysterie Zeichen krankhaft veränderten Seelenlebens. Der Charakter der Hysterischen ist durchaus unstät, mangelt der Gleichmässigkeit und Einheitlichkeit der gesunden Erwachsenen, bleibt mehr auf dem kindlichen Standpunkt stehen. Wir sehen die häufigen, nicht genügend begründeten Stimmungsschwankungen, oberflächliche, sprunghafte unstäte Denkungsart, Lust zum Lügen und Fabulieren, die Sucht, sich auf alle Weise in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu bringen, sich „interessant“ zu machen.

Das hysterische Irresein, nach dem Hauptvorkommen der Neurose beim weiblichen Geschlecht

ungleich viel häufiger als beim männlichen, tritt meist im jugendlichen Alter auf, häufig im Zusammenhange mit sexuellen Vorgängen. Ein scharf charakterisiertes Krankheitsbild lässt sich in kurzem auch hierbei nicht geben; wir finden allgemeine Zeichen psychischer Erkrankung, die mit Zügen aus der zu Grunde liegenden Neurose gemischt sind.

Während einerseits entschieden krankhafte Zustände beobachtet werden, in denen die Zeichen der hysterischen Charakteranlage wesentlich gesteigert sind, so dass wir sehr hohe Reizbarkeit und Unstätigkeit, raschen und unmotivierten Stimmungswechsel neben Verwirrtheit und Unorientiertheit beobachten, sehen wir andrerseits wieder Bilder, die mehr den funktionellen Psychosen ähneln.

Wir sehen im Anschluss an hysterische Krampfanfälle Zustände von traumhafter halluzinatorischer Verwirrtheit, Dämmerzustände, Zustände von hochgradiger psychischer und motorischer Erregung. Ebenso werden Fälle bemerkt, in denen die gemütlichen Veränderungen vorwiegen, die besonders traurige oder ängstliche Verstimmung aufweisen; auch Wahnbildungen werden bemerkt. In ihrer Verstimmung und Verzweiflung werden mehr oder weniger ernsthafte Selbstmordversuche gemacht. Charakteristisch für die Art, wie Hysterische vielfach ihre Selbstmordversuche ausführen, ist das Benehmen einer meiner Kranken, die schrieb, dass sie sich mit einer Freundin zu der und der Stunde an der und der Stelle umbringen wollte und den Brief so rechtzeitig eingesteckt hatte, dass die Rettung noch gut möglich war, als beide das Gift

(Kleesalz) schon geschluckt hatten. Erwähnenswert ist noch die Schreibwut der Hysterischen.

Der Verlauf des Leidens ist höchst langwierig, erstreckt sich häufig über das ganze Leben hin.

Die Diagnose ist leicht, wenn zu den unstäten, wechselnden psychischen Erscheinungen noch die körperlichen Zeichen der Erkrankung kommen. Als solche Stigmata sind aus der inneren Klinik bekannt die mancherlei Lähmungen oder Schwächeerscheinungen, Empfindungsstörungen und Funktionsstörungen, wie Erbrechen etc.

In den meisten Fällen können wir Familienanlage oder neuro- und psychopathische Belastung feststellen. Die Prognose des einzelnen Anfalls hysterischen Irreseins ist im Allgemeinen gut; doch die zugrundeliegende Krankheit ist schwer zu heilen und so die Möglichkeit häufiger Wiederholung mit dem Ausgang in Blödsinn gegeben.

Die Behandlung besteht schon in der Erziehung der belastesten Kinder, wie in der Erziehung der kranken grossen Kinder durch gleichmässig freundliches, ernstes Wesen des Arztes, zu dem der Kranke aufzublicken und dem er völlig zu vertrauen lernt. Körperlich giebt die hygienisch-diätetische Behandlungsweise uns die Anhaltspunkte. Medikamente wirken hier auf den Glauben der Kranken, ut aliquid fiat; Valeriana etc. sind als solche antihysterischen Mittel ja bekannt.

8) Die paralytische Seelenstörung.

Die Paralyse ist eine leider recht häufige Krankheit, $^1/_7$ bis $^1/_5$ aller in Irrenanstalten aufgenommener

Kranker ist an Dementia paralytica erkrankt; in mancher Irrenanstalt in grossen Städten ist fast die Hälfte der aufgenommenen Geisteskranken paralytisch.

Es hat den Anschein, als ob die Paralyse eine noch nicht sehr alte Krankheit sei. Von den alten Schriftstellern, die doch die Paranoia ganz gut kannten, wird sie nicht beschrieben. Und es wäre doch sonderbar, wenn diesen scharfen Beobachtern eine Seelenstörung entgangen wäre, die mit so ausgebildeten Lähmungserscheinungen, wie z. B. denen der Sprache, einhergeht.

Wohl mit Recht wird von vielen Seiten angenommen, dass die Paralyse eine in der Neuzeit immer häufiger auftretende Krankheit ist; dies ist auch zu verstehen bei der Betrachtung der vielen Ursachen dieser Erkrankung, die auf sozialem Gebiet liegen und die bei dem in der Gegenwart immer mehr erschwerten Kampfe um das Dasein immer stärker zur Wirkung kommen müssen. —

Die Paralyse ist eine vorwiegend psychische Erkrankung, die aber mit vielfachen Zeichen körperlicher Lähmung einhergeht, welche auf eine tiefgreifende Gehirnerkrankung hinweisen. In der That finden wir konstante pathologisch-anatomische Veränderungen der Gehirnrinde, die wir als Encephalitis corticalis interstitialis chronica (Gehirnerweichung) bezeichnen.

Bei der Sektion finden wir am Gehirn der Paralytiker makroskopisch allgemeine Gehirnatrophie (Rinde und Mark), ausgedehnte Abflachung der Gyri, geringe Tiefe und grössere Breite der Sulci, Schwund der grauen Substanz. Häufig ist die letztere zu einem

solchen Grad gediehen, dass die Windungen deutliche Einsenkungen zeigen. Auch finden sich Oedeme der Meningen, Auflagerungen auf den Gehirnhäuten, Trübung derselben, Verwachsungen der Pia mit der Gehirnoberfläche, kleinere Hämorrhagieen, allgemeine Verdickungen des Schädeldachs, Auswüchse aus den Schädelknochen, Erweiterung der Ventrikel, Hydrocephalus internus und externus, Verdickung und Wucherung des Ependyms der Hirnhöhlen.

Hauptsächlich werden die Gehirnveränderungen in den Stirnlappen der Hemisphaeren beobachtet und besonders stark in deren vorderen Windungen.

Mikroskopisch fällt in der Hirnrinde auf die Schwellung und spätere Schrumpfung der Zellkörper, die bis zum völligen Untergang derselben führt, die starke Verringerung der Nervenfasern nach Grösse und Zahl (sowohl Radiär- wie Tangentialfasern), die damit verbundene Zunahme der Stützsubstanz, der Neuroglia, das zahlreiche Auftreten der Deitersschen Spinnenzellen, die enorme Vermehrung der Kerne, die Zunahme an grossenteils ausgebuchteten und geschlängelten Gefässen mit meist verdickten und starren Wandungen.

Auch die Markmassen des Gehirns zeigen meist einen allgemeinen Faserschwund.

Die Paralyse kommt beim männlichen Geschlechte ungleich viel häufiger vor als beim weiblichen, was wohl darin seine Erklärung findet, dass das männliche Geschlecht den Schädigungen, die als aetiologische Momente zur Entstehung der Krankheit gelten, wesentlich mehr ausgesetzt ist als das weibliche. Noch nach der Mitte des Jahrhunderts wurde das Vorkommen

der Paralyse bei Frauen überhaupt in Zweifel gezogen.

Aus den Statistiken geht ferner hervor, dass die Verhältniszahlen der Beteiligung beider Geschlechter an der Häufigkeit dieser Krankheit eine stärkere Beteiligung der Frauen in den Grossstädten gegenüber den kleineren Städten und dem Lande erkennen lassen; wie ja überhaupt die Paralyse in den Grossstädten sich verhältnismässig viel häufiger findet als an Orten, wo nicht so viel soziale Schäden zusammen kommen, als sie das Grossstadtleben bietet.

Das Alter der Kranken betreffend ist zu erwähnen, dass die Paralyse eine Krankheit ist, die die Individuen im Alter der Reife befällt.

Die hauptsächlich von dieser Erkrankungsart betroffene Altersklasse reicht von 30 bis 50 Jahren, und in dieser Klasse wieder sind besonders häufig die Kranken im Alter von 35 bis 45 Jahren.

Doch kommt paralytische Seelenstörung auch im höheren Lebensalter vor, ebenso wie in jüngerem; jedoch sind solche Früh- und Späterkrankungen selten.

Als Ursache zur Entstehung der Paralyse werden so ziemlich alle Momente angeführt, die überhaupt als ätiologisch für den Ausbruch von Psychosen angenommen werden. Doch scheint die Heredität hierbei nicht die hervorragende Rolle zu spielen, wie bei manchen andern geistigen Erkrankungen.

Vor allem kommen ätiologisch alle die Verhältnisse in Betracht, die schädigend und schwächend auf Körper und Geist einwirken, die ihn widerstandsloser machen.

Frühere psychopathische Anlage, Ausschweifungen jeder Art, schwächende Wochenbetten, länger andauernde fieberhafte Erkrankungen, Überarbeitung in geistiger und körperlicher Beziehung, Sorgen, Kummer und Not, vor allem missliche soziale Verhältnisse überhaupt werden als solche Ursachen genannt.

Doch von noch grösserer Wichtigkeit, und wohl von allen Irrenärzten als Krankheitsursachen angenommen sind Traumen, Alkohol und Lues.

Es wird nicht zu selten beobachtet, dass bei vorher gesunden Personen im Anschluss an Verletzungen, und zwar besonders an schwere Kopfverletzungen, sich die Paralyse in ihrem progressiven Verlaufe anschliesst. In solchen Fällen ist daran zu denken, dass eine solche Verletzung die latente Krankheit offenbar macht. Doch scheint auch eine primäre Nervenverletzung möglich zu sein, an die sich dann nach längerer Zeit erst die Krankheit anschliesst.

Auch der Alcohol ist sicher, als ein Gift, das wie den ganzen Körper, so besonders das Nervensystem schwach und widerstandsunfähig macht, nicht selten die Ursache zu dieser Erkrankung; und bei einem grossen Teil der Paralytiker lassen sich oft wiederholte Alcoholexcesse oder chronischer Alcoholismus mit Sicherheit durch die anamnestischen Angaben der Angehörigen und die körperlichen Zeichen dieser Vergiftung nachweisen. Indessen sind in vielen Fällen die Alcoholexcesse nicht die Ursache, sondern ein Frühzeichen der schon bestehenden schweren Erkrankung, die ja die ganze psychische Persönlichkeit völlig umwandelt.

Die wesentlichste Rolle, eine noch grössere als die vorher genannten Schädlichkeiten, spielt die Lues in der Ätiologie dieser Erkrankung. Es ist hier ein ähnliches Verhältnis wie bei der verwandten Nervenerkrankung, der Tabes dorsalis, zu bemerken.

Beide Krankheiten oder die den Krankheiten zu Grunde liegenden Prozesse sind sicher nicht syphilitischer Natur, d. h. nicht spezifisch syphilitische Prozesse; sonst müssten ja alle derartigen Krankheiten auf diese eine Ursache zurückgeführt werden können, müssten die Krankheiten selbst, in der Mehrzahl mindestens, einer spezifischen Behandlung weichen.

Aber die Syphilis muss zu ihrer Entstehung eine wesentliche Rolle spielen; denn wenn auch in den meisten Fällen von Lues die Gehirnerweichung als Folgekrankheit glücklicherweise nicht eintritt, so ist doch unter der Zahl der Paralytiker, gerade so wie unter der Zahl der Tabiker, die Menge derer, die an Syphilis litten, so ungewöhnlich gross, dass unwillkürlich an einen ätiologischen Zusammenhang gedacht werden muss, der vielleicht in der Schwächung der Constitution durch das Luesgift liegt. Und sicher ist die Zahl der Paralytiker, die an Lues erkrankt waren, viel grösser, als jede, auch die genaueste und sorgfältigste Statistik bringen kann; das liegt bei der Lage der Verhältnisse bei genauerer Betrachtung auf der Hand.

Darum darf auch niemals bei der Aufnahme der Anamnese die Frage nach Syphilis (Schanker, Ausschlag, „böse Krankheit“) resp. der Folgen, wie Aborte und Frühgeburten etc., vergessen werden, ebenso wie

bei der körperlichen Untersuchung nach Zeichen dieser Krankheit gefahndet werden muss, wie Narben am Penis, Drüsenschwellungen, Haarausfall, Knochenauftreibungen, Leukoderm etc.

Die paralytische Seelenstörung wird charakterisiert durch Abnormitäten des Seelenlebens, die mit körperlichen Störungen einhergehen.

Bald fallen die körperlichen Krankheitserscheinungen zuerst auf, bald die psychische Störung. Die der Krankheit Verfallenen lassen oft einen auffallenden Wechsel in ihrer Stimmung und in ihrem Charakter erkennen. Sonst solide Leute werden exzentrisch, ausschweifend, machen Ausgaben, die ihre Verhältnisse übersteigen, begehen Verstösse gegen Anstand und Sitte, sie werden reizbar, mürrisch, leicht aufbrausend und ausfallend. Oder aber sie werden auffallend heiter und fröhlich gestimmt in unbegründeter Weise. Vielfach zeigen Paralytiker im Frühstadium ihrer Krankheit ein absonderliches Benehmen. Auch schon in diesem Stadium, in der zumeist Gemütsstimmung, Triebleben und Charakter sich verändert zeigt, finden wir nicht selten Intelligenzdefekte. Die Kranken können die ihnen gestellten Aufgaben, die sie zum Teil früher fast mechanisch lösten (Aktenerledigung, Berechnungen, Bücherführung etc.) nicht mehr ausführen, sie sind unfähig, einem Gegenstand dauernde Aufmerksamkeit zu widmen. Häufig entgeht den Kranken auch dieser Defekt.

Doch oft liegt auf dem schon Erkrankten wie ein Druck das Gefühl einer schweren, sie bedrohenden geistigen Erkrankung. „Ich fürchte, ich werde ver-

rückt," sagt mancher Paralytiker im Frühstadium der Krankheit.

Es ist dies zum Teil wohl bedingt durch die beginnenden körperlichen Störungen. Der Schlaf ist fast stets schlecht, oft durch unruhige und quälende Träume gestört. Es stellen sich ständige, aufs höchste peinigende Kopfschmerzen ein, die als furchtbarer Druck besonders in der Stirngegend bezeichnet werden. Die körperliche Leistungsfähigkeit, auch in sexueller Beziehung, lässt nach, wenn auch öfters ein stark erhöhter Geschlechtstrieb, der sich in allerhand unsittlichen Handlungen offenbart, bemerkt wird.

Es treten Schwindelanfälle, Zittern, Gefühl der Unsicherheit auf; die Schrift — ein vielfach bemerktes Frühsympton — verändert sich, wird zittrig und verliert ihren Charakter. Der Schreibende lässt Buchstaben und Worte aus, verliert den logischen Faden etc. Auch wird nicht zu selten Sehnervenatrophie als Frühzeichen der Paralyse beobachtet.

Auf allen Gebieten, körperlichen wie geistigen, tritt bald die allgemeine Schwäche zu Tage. Und diese Schwäche in jeder Beziehung ist das Hauptzeichen der vollentwickelten Krankheit.

In psychischer Beziehung tritt der mehr oder minder starke Intelligenzdefekt zu Tage. Stets sind sie zu längerem Anspannen der Aufmerksamkeit durch schnell eintretendes Ermüden unfähig. Die Kranken sind häufig, auch bei anscheinend geordnetem Verhalten, über Zeit und Ort, ihre ganze Lage unorientiert (im Stadium des vollendeten Blödsinns), sie stehen

allem, was um sie herum oder mit ihnen selbst vorgeht, teilnahmslos, ohne Interesse und Verständniss gegenüber; das Bewusstsein ist stark getrübt. In weniger weit entwickelten Fällen sind die Kranken über einfache Verhältnisse wohl orientiert, wissen wohl die Namen der Kaiser, Daten aus deren Leben und der Geschichte zu nennen, haben sich noch geographische Kenntnisse und dergleichen erhalten; doch tritt dann schon bei ganz einfachen Fragen, die eine geistige Verarbeitung und Schlussbildung erfordern, wie Rechenaufgaben, die der Kranke sonst allem Ermessen nach hätte lösen können, der Intelligenzdefekt ans Licht. Vielfach zeigt sich das Gedächtnis für die fernere Vergangenheit noch leidlich treu, während kurz vorher erlebte Verhältnisse völlig aus dem Gedächtnis entschwunden sind.

Und in anderen Fällen, namentlich in besseren Ständen, wird die Schwächung der Denkkraft erst evident durch die Vergleichung mit dem, was der Betreffende früher in geistiger Beziehung geleistet hatte.

Aus dieser Schwäche der Intelligenz entspringen die bei vielen Paralytikern auftretenden Wahnideen. Diese zeichnen sich durch die alles übertreffende Kritiklosigkeit aus, mit der sie geäussert werden.

Mit vollem Recht ist der Ausspruch gethan: Die Wahnideen der Paranoiker grenzen ans Unendliche, die der Paralytiker gehen über das Unendliche hinaus (jedoch durchaus nicht in allen Fällen).

Der Paranoiker sucht den Zweifelnden durch alle möglichen logischen Gründe von der Wahrheit der

ihn beherrschenden Wahnidee zu überzeugen; er sucht zu beweisen und hat sich dazu sein System zurechtgelegt. Der Paralytiker dagegen äussert seine ausschweifenden Ideen ohne jeden beweisenden Rückhalt, ohne jeden logischen, konsequent festgehaltenen Gedanken.

Während der Paranoiker seinen Wahn fixiert hat, ihn in stets gleichem Inhalt und häufig sogar mit stets denselben Worten wiederholt, äussert der Paralytiker bald diese, bald jene Wahnvorstellung. Zumeist findet man allerdings Grössenwahn und entsprechend diesen Vorstellungen euphorische Stimmung. Trotz seines oft jämmerlichen körperlichen Zustandes fühlt sich der Kranke doch völlig wohl, zufrieden, glaubt sich im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte. Doch durch eine geringe Kleinigkeit schlägt die Stimmung häufig unvermittelt ins Gegenteil um.

Dem klinischen Bild nach unterscheiden wir mehrere Krankheitsgruppen, die allerdings nicht scharf von einander getrennt, mannichfach Übergänge aufweisen. Gewisse Fälle zeigen von vornherein besonders Schwäche der Intelligenz. Diese speziell dementen Formen scheinen in der Neuzeit öfters beobachtet zu werden.

In anderen Fällen herrscht die depressive Stimmung in Gestalt melancholischer und hypochondrischer Vorstellungen, sowie von Angstanfällen vor.

In den Krankheitsfällen mit expansiver Störung treten vor allem die ungeheuerlichen, schwachsinnigen Grössenvorstellungen hervor. Diese Kranken sind vielfach durch Suggestion zu ständig wechselnden Vor-

stellungen zu bringen. Durch häufiges, auch spontanes Wechseln der Stimmung erinnern manche dieser Kranken an solche mit circulärer Geistesstörung.

Wieder in einer andern Gruppe sehen wir besonders das Bild der Erregung vorherrschen (agitierte Form). Manche derartige Krankheitsfälle enden ausserordentlich rasch tödtlich.

Dem äussern Gebahren nach unterscheiden wir im Allgemeinen Kranke von stupidem und agitiertem Benehmen. Im Äussern bieten viele Paralytiker das Bild von Maniakalischen, andre das von Melancholikern oder Hypochondern, oft so sehr, dass bloss der Nachweis der körperlichen Störungen die Diagnose der Paralyse entscheidet, wenn nicht die Wahnideen durch ihre Ungeheuerlichkeit (Megalomanie und Mikromanie) direkt ihren paralytischen Ursprung anzeigen.

Öfters treten im Anschluss an die Wahnvorstellungen oder als deren Erreger auch bei Paralytikern Sinnestäuschungen auf. Doch muss gerade hier, bevor man Halluzinationen annimmt, genau erwogen werden, ob der Kranke nicht lebhafte Träume, oder auch früher Geschautes, oder aber wirklich Geschautes, nur falsch Aufgefasstes — also Illusionen — erzählt, oder gar frei Erfundenes. Denn häufig füllt der Kranke die Lücken in seiner Erinnerung durch fabulierendes, inhaltlich häufig wechselndes Erzählen aus.

In den weiter ausgebildeten Fällen der Erkrankung sehen wir das Bild des höchsten Blödsinns. Jede Spur von Intelligenz erscheint erloschen, das ganze Interesse des Kranken richtet sich höchstens auf Essen und Trinken, auf leibliche Genüsse.

In den Fällen des stumpfen Blödsinns sitzen oder liegen die Kranken bewegungslos, oft ohne einen Trieb zu äussern, und lassen ihre Ausscheidungen unter sich, ohne auch davon ein Gefühl zu haben. Die erregt Blödsinnigen rennen zwecklos umher, singen, schreien, tanzen; oder auch sie wiederholen in stereotyper Weise dieselben Wortbilder, führen automatenhaft stundenlang dieselben Bewegungen aus.

Ausser diesen Zeichen psychischer Schwäche gehören zum Bild der Paralyse noch die körperlichen Lähmungserscheinungen als Ausdruck der destruktiven Prozesse im Centralnervensystem.

Als wichtigstes Symptom der körperlichen Lähmungserscheinungen sei zuerst die Sprachstörung erwähnt, die deutlich entwickelt schon allein die Diagnose der Paralyse beweist.

Wir kennen bei paralytischen Kranken verschiedene Arten, in denen die Sprache gestört sein kann, alle Arten der aphatischen und die artikulatorische Störung. Vornehmlich diese letztere ist von Interesse.

Die paralytische Sprachstörung wird durch Verlangsamung der Sprache, nasalen Beiklang, vor allem aber durch Verschleifen der Silben, durch Silbenstolpern, Versetzung von Silben und Buchstaben charakterisiert. Ist die Sprachstörung noch wenig entwickelt, bei der Paralysis incipiens, so bemerkt man in der Unterhaltung oft gar keine, oft nur eine geringe Störung in zeitweise auftretendem Häsitieren, dem Hängenbleiben auf Silben, und auch vielleicht Verschleifen derselben. Lässt man dann Paradigmata wie Dampfschiffschleppschiffahrtgesellschaft, dritte reitende Garde-

Artillerie-Brigade, Elektrizität, Individualität, Postbriefkasten, Flanelllappen aussprechen, wird man in vielen Fällen die motorische Störung der Sprache deutlicher erkennen können, abgesehen davon, dass die geringe Intelligenz den Kranken das ihm vorgesprochene Wort schon wieder hat vergessen lassen, was natürlich für die Beurteilung des psychischen Bildes von grösster Wichtigkeit ist.

Von den geringsten Graden der motorischen Sprachstörung findet sich eine ununterbrochen fortlaufende Kette von Formen bis zu den höchst ausgebildeten, in denen jegliche Verständigung mit den Kranken durch die völlig unverständlichen Wortbilder, die oft an aphatische und paraphatische erinnern, unmöglich ist.

Als sehr wichtige Lähmungserscheinungen kennen wir ferner die Störungen in der Innervation der Pupillen. Nur in wenig Fällen ausgebildeter Paralyse vermisst man diese Störungen, dagegen sind solche oft schon Frühsymptome der Erkrankung.

Die Pupillen sind häufig different, oft sogar in hohem Grade, oder es ist ungleiche Kontraktion der Pupille, excentrische Stellung derselben zu bemerken.

Niemals darf die Prüfung auf Reaktionsfähigkeit der Pupillen unterlassen werden. Vielfach wird dabei Starrheit der Pupillen oder geringe und träge Reaktion derselben auf Lichteinfall, seltener auf Accommodation beobachtet. Bei nicht ganz ruhigen oder bei ängstlichen Kranken kann man die Prüfung auf Reaktion bei Lichteinfall einfach so ausführen, dass man den Kranken aus dem dunkeln Hintergrund des Zimmers an das Fenster

heranführt und dabei beobachtet, ob eine Pupillenverengerung stattfindet.

Die Augenmuskeln zeigen öfters Schwäche oder andre Störungen der Innervation; auch sind Störungen im Facialisgebiet nicht selten, namentlich im Anschluss an paralytische Anfälle, zu beobachten. Die Zunge zittert oft und weicht beim Herausstrecken ab; auch Schluckstörungen kommen besonders gegen das Ende der Krankheit vor. Die Prüfung der Patellarreflexe, des Westphalschen Phaenomens, ergiebt kein für die Paralyse konstantes Verhalten. Die Reflexe können sowohl normal wie gesteigert und herabgesetzt sein, oder ganz fehlen. Und öfters sind hierbei Verschiedenheiten auf beiden Seiten bei der Auslösung der Reflexe wahrzunehmen. Indessen wird die Konstatierung einer Hinter- und Seitenstrangaffektion des Rückenmarks bei der verhältnissmässig grossen Häufigkeit der Rückenmarksaffektionen bei Paralyse in zweifelhaften Fällen für die Diagnose der Paralyse in die Wagschale fallen (Tabo- bezgl. spastische Paralyse).

Bei vielen Paralytikern sind Paraesthesien, sowie Hyp- und Anästhesien, ebenso Störungen der Schmerzempfindlichkeit bis zur völligen Analgesie zu bemerken.

In den vorgeschrittenen Stadien der Erkrankung treten dazu noch weitere Zeichen körperlicher Lähmungen. Ziemlich häufig findet sich Blasen- und Mastdarmschwäche (Urinträufeln); die Kranken lassen ferner, ohne es zu merken, oder ohne die Entleerung verhindern zu können, Kot und Urin unter sich, sind in jeder Beziehung unreinlich. Es tritt öfters allgemeiner Tremor auf, der sich manchmal bei intendierten

Bewegungen noch verstärkt; ferner Ataxie, Unfähigkeit, richtig zu gehen und zu stehen, Rombergsches Phänomen sowie andre Zeichen körperlicher Lähmung. Auch die Schrift ist meist deutlich verändert.

Im Verlaufe der Paralyse werden in allen Stadien der Krankheit, am häufigsten aber im letzten, Anfälle cerebralen Ursprungs beobachtet, oft gehäuft. Diese Anfälle sind teils epileptiformer Natur, aber von durchaus verschiedener Stärke: es werden ebenso Anfälle von petit mal, von augenblicklicher Abwesenheit, sei es mit oder ohne Zuckungen z. B. in der Mund- und Augenmuskulatur beobachtet, wie solche schwerster Art mit tiefer Bewusstlosigkeit, allgemeinen starken Krämpfen der Körpermuskulatur, mit Zungenbiss und Durchnässung.

Anderenteils werden auch apoplectiforme Anfälle beobachtet, mit darauffolgender Lähmung oder Schwäche einer Körperhälfte auch mit aphatischen und paraphatischen Störungen. Dann kommen (halbseitige) Anfälle vor, die an die bei Rindenepilepsie vorkommenden erinnern. Ferner sehen wir rhythmisches Zähneknirschen als central bedingte Reizerscheinung.

Bei der grössten Mehrzahl der Paralytiker werden Kopfschmerzen, die sich teilweise bis zum Unerträglichen steigern, beobachtet. Auch die ganze Körperkonstitution leidet bei der paralytischen Seelenstörung, die Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen äussere Schädlichkeiten scheint geringer geworden zu sein. Gegen Lebensende stellt sich hochgradigste Atrophie, Marasmus, ein. Sehr zu fürchten sind Decubitus und Phlegmonen, denen ohne entsprechende Pflege ein

grosser Teil der Paralytiker erliegt. Ferner scheinen Phthise und Pneumonie bei dem widerstandslosen Körper der Paralytiker eine noch verderblichere Rolle zu spielen als bei Geistesgesunden. Für die Schwächung der Körpergewebe spricht auch das oft durch rücksichtsloses Wüten, teils aber auch durch mangelhafte Pflege entstandene Auftreten von Rippenbrüchen und Ohrblutgeschwülsten.

Die Dementia paralytica wird klinisch auch als progressive Paralyse der Irren bezeichnet; denn progressiv ist ihr Verlauf und ihre Prognose absolut schlecht. Wohl wird von Heilungen der Paralyse berichtet; Mendel spricht in seiner Monographie über die Paralyse von einer Heilung auf 200 Fälle. Doch sind jene „geheilten“ Fälle von Paralyse nicht einfache grosse Remissionen oder Fälle von Pseudoparalyse, sei es syphilitischer, sei es andrer toxischer Natur, die unter entsprechender Behandlung oder auch ohne solche in Heilung übergingen? Wie sollte eine Wiederherstellung jener Entartungszustände im Gehirn zu stande kommen, wo doch die Regeneration von Nervenfasern im Rückenmark, bloss leitender Organe, sehr fraglich ist?

Die Paralyse führt unaufhaltsam, bald langsam, bald rascher zum sichern Ende. Mag der Kranke nun im apoplectiformen Anfall sterben, mag er durch Selbstmord im Zwang einer auftauchenden Wahnidee enden, mag eine hinzukommende akute Krankheit das Ende beschleunigen, das sonst durch die allgemeine Entkräftung und Herzschwäche bedingt ist: der Tod ist der sichere Ausgang der Krankheit. Der Zeitraum

kann allerdings manchmal durch sogenannte grosse Remissionen, die auch das Zurücktreten der Kranken in ihre Familien und Berufsgeschäfte ermöglichen, wesentlich verlängert werden; aber der Ausgang bleibt immer derselbe.

Die Dauer der Paralyse ist durchschnittlich 2 bis 3 Jahre. Doch in manchen Fällen führt die Erkrankung in viel kürzerer Zeit, in ein paar Monaten schon zum Tode; während andre Fälle 5 und mehr Jahre andauern. Und selbst diese Frist kann durch die vorher erwähnten Remissionen noch hinausgeschoben werden.

Bei der Stellung der Diagnose auf paralytische Seelenstörung muss folgender Symptomenkomplex vorhanden sein.

1) In psychischer Beziehung: Schwäche der Intelligenz, die sich in allen Gebieten ausspricht, als Unorientiertheit, Mangel an Aufmerksamkeit, Schwäche der Erinnerung, der logischen Denkfähigkeit, des Charakters, des Trieblebens. Durch den Wegfall vorher bestandener Hemmungen kommen die teilweise ungeheuerlichen Wahnideen der Paralytiker, sowie ihre absonderlichen Handlungen zu stande, die mit dem früheren Charakter des Kranken im krassesten Widerspruch stehen können.

2) In körperlicher Beziehung Lähmungs- und Schwächeerscheinungen. Vor allem die Sprachstörung, die zur sichern Diagnose unerlässlich und beweisend ist. Ferner pathologische Erscheinungen an den Pupillen, bestehend in Differenz derselben, träger Reaktion oder völliger Starrheit. Sehr häufig pathologische

Erscheinungen bei der Reflexerregbarkeit. Ataxie (besonders auch beim Schreiben auffallend), Schwäche beim Gehen und Stehen, Rombergsches Phänomen, also Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Differentialdiagnostisch kommen vorerst in Betracht die funktionellen Psychosen. Diese verlaufen ohne die körperlichen Lähmungserscheinungen der Paralyse, speziell ohne paralytische Sprachstörung, und auch ohne die eigenartige psychische Schwäche, die sich in den groben oder geringeren Intelligenzdefekten und in der Absonderlichkeit der Wahnideen (gegen Paranoia!) zu erkennen giebt. Differentialdiagnostisch ist der Nachweis der nicht geschwächten Intelligenz ein Hinweis auf eine funktionelle Psychose, wenn sich eine Tabes, wo also Lähmungserscheinungen vorliegen, mit einer Psychose kompliziert. Doch ist in diesem Falle auch die Sprachstörung nicht nachweisbar.

Die Differentialdiagnose gegen den Altersblödsinn, wo ja auch Schwäche der Intelligenz, verbunden mit allerdings leichteren Lähmungssymptomen, vorliegt, wird ausser durch die klinische Eigenart der beiden Krankheitsbilder besonders durch das Alter der Kranken bestimmt. Die Paralyse ist eine Erkrankung der Jahre der reifen Kraft, während die senile Demenz im allgemeinen erst nach dem 55. Lebensjahre auftritt.

Schwierig ist oft die Differentialdiagnose gegen epileptische Demenz, sowie vor allem gegen ein protrahiertes Delirium potatorum. Hier, wie auch in den Fällen von Pseudoparalyse nach Lues, Alkohol-, Blei-, Morphium-, Cocainvergiftung entscheidet der progressive Verlauf der Erkrankung, während sonst ein Still-

stand und unter der entsprechenden Behandlung ein Rückgang und endliches Verschwinden der Krankheitszeichen bemerkt wird.

Die Therapie hat sich bei Paralytikern auf die Verhütung und Heilung von körperlichen Krankheiten, Decubitus u. s. w. zu beschränken. Dies letztere wird unter anderem besonders durch das von v. Gudden eingeführte häufige Herumlegen der Kranken bewirkt. Ist aber die Annahme vorhanden, dass es sich um eine Pseudoparalyse handele, so ist ungesäumt die spezifische Behandlung nach den für die verursachende Krankheit bekannten Regeln zu unternehmen (Schmierkur, Jodkalium etc).

4) Cretinismus, Idiotie, Imbecillität.

In dieser Klasse werden die angeborenen oder in frühester Jugend erworbenen Seelenstörungen zusammengefasst.

Die einzelnen Erkrankungsarten dieser Klasse sind nicht ganz scharf von einander unterschieden, ihre Grenzen gehen zum Teil in einander über; ausserdem aber benennt noch ein Irrenarzt einen Krankheitsfall als Idiotie, den ein andrer als Imbecillität zu bezeichnen gewohnt ist.

Nur bezüglich der eigenartigsten der drei Störungen des Cretinismus, sind die meisten Psychiater einig. Die Cretins zeigen grobe Intelligenzdefekte neben körperlichen angeborenen Schäden. In manchen Gebirgsgegenden, namentlich in denjenigen, wo der Kropf häufiger vorkommt, sind Cretins nicht selten.

Es scheint, dass die Entartung der Schilddrüse

die wichtigste oder gar einzige Entstehungsursache bildet. Hierfür sprechen auch gewisse Erfolge der modernen Thyreoidinbehandlung. Bekannt ist ja ferner, dass auch das durch Schilddrüsenentartung hervorgerufene Myxoedem gewisse charakteristische Zeichen geistiger Störung darbietet.

Zwergwuchs mit unverhältnismässig grossem, greisenhaft aussehendem, gerunzeltem Gesicht, in dessen grossem Munde oft die Zähne schief gestellt sind, ein Hals, der gedrungen und geschwollen (Struma!) manchmal den Umfang des missbildeten Thorax hat, spinnenhafte, dünne Arme und ebensolche gekrümmte Beine geben ein wenig vorteilhaftes äusseres Bild, dem das Bild der Seele entspricht. Grosse und grobe Intelligenzdefekte, vom tiefsten Blödsinn bis zum Schwachsinn, verbunden mit ungezügelten, rohen Trieben niederer Art herrschen in diesem vor. Die Sprache ist meist lallend und stammelnd. Meist besteht seelische Stumpfheit und Unempfänglichkeit, körperliche geringe Widerstandsfähigkeit. Der Cretinismus ist vielfach eine Familienkrankheit. —

Bei der Idiotie sind die körperlichen Abweichungen nicht so hervortretend und können im Krankheitsbild auch völlig fehlen. Die Idiotie entsteht durch Entwicklungsstörung des Gehirns im frühesten Alter und bildet das letzte Glied der psychischen Entartung. Wir finden bei der Autopsie meist geringe Entwicklung des Gehirns, bedingt durch Hydrocephalus internus oder externus; sowohl Mikro- wie Makrokephalen finden wir unter den Idioten und sehen vielfach vorzeitige Nahtverknöcherung.

Die meisten Idioten höheren Grades bieten demzufolge ein sogenanntes „blödsinniges Aussehen“, bedingt durch die niedrige Stirn, die weit auseinander stehenden, blöde blickenden Augen, die platte eingedrückte Nase, den grossen, unschönen Mund, die oft grossen und verbildeten Ohren und den abnorm gestellten Unterkiefer. Nicht selten sind noch andre körperliche Defekte, wie Hasenscharten, verkümmerte und verbildete Genitalien, schmächtige Glieder u. dergl. mehr zu bemerken.

Ihrem psychischen Verhalten nach unterscheiden wir stumpfe und erregte Idioten. Die geistigen Gaben können sehr verschiedenartig ausgebildet sein. Als schwerste Grade sind diejenigen Kranken zu bezeichnen, denen jegliche Auffassung der Aussenwelt und jede Verarbeitung eines Sinneseindrucks unmöglich ist. In deren stumpfem Gefühlsleben zeigen sich höchstens Allgemeineindrücke wie körperlicher Schmerz, Hunger durch Wimmern und Schreien an. Sprachliche Äusserungen fehlen ganz oder beschränken sich auf das Hervorstammeln einzelner Laute. Die körperliche Entwicklung bleibt stets stark zurück, von motorischen Erscheinungen sehen wir höchstens automatenartige Zwangsbewegungen. Die Kranken erliegen leicht hinzukommenden Krankheiten. — Etwas höher stehend sind die Individuen, die wohl gewisse körperliche Gefühle kennen und durch Gesten und Mienenspiel bezeichnen, auch auf neue Sinneseindrücke ihre Aufmerksamkeit richten, die jedoch ihre Sinneseindrücke der Aussenwelt nicht in Begriffe und Worte zusammenfassen können, denen also auch die Erinnerung und geistige

Verarbeitung des Gehörten und Gesehenen fehlt, die allem, auch dem gewohnten Alltäglichen ratlos gegenüberstehen.

Die stumpfen Idioten zeigen ein dumpfes, thatenloses Hinbrüten, das nur gelegentlich durch Wutausbrüche unterbrochen wird, sehr langsame Auffassung und ein mangelhaftes, meist nur für grobsinnliche Eindrücke ausreichendes Gedächtnis. Es fehlt ihnen die Gabe, aus der Fülle der einzelnen Sinneseindrücke das Wesentliche und Charakteristische zu abstrahieren, mehr noch als dies dem Kinde überhaupt eigen ist.

Bei den erregten Formen der Idiotie sehen wir eine planlose motorische Unruhe, einen häufigen, äusserlich nur sehr schwach begründeten Stimmungswechsel, eine mangelnde Gedankentiefe, dafür eine um so grössere Oberflächlichkeit. In ihrem Handeln sind diese Kranken unberechenbar (Feueranlegen, Sittlichkeitsvergehen).

Auch sind Einteilungen der Idiotie nach dem mehr oder minder grossen Grade der Sprachfähigkeit und der Art der hierdurch zum Ausdruck gebrachten Gedanken und Gefühle gemacht worden.

Die leichteren Grade der Idiotie gehen unvermerkt in die Fälle von Imbecillität oder auch bei andrer Krankheitsbenennung in die schon in der Breite des Gesunden liegenden Fälle von „schlechter Veranlagung“, „geringer Begabung“ etc. über.

Idioten leichteren Grades können durch geduldige sachverständige Erziehung und Ausbildung oft noch zu mehr oder minder brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft erzogen werden.

Eine sehr häufige Begleitkrankheit der Idiotie ist die Epilepsie, die sich in häufigen und schweren Anfällen äussert.

Am wenigsten umschrieben ist der Begriff der Imbecillität. Während einzelne Irrenärzte leichtere oder mittelschwere Formen angeborener Intelligenzerkrankungen, die von andern noch als „Idiotie" bezeichnet werden, in diese Klasse rechnen, wird von andern wieder besonders der angeborene moralische Defekt hervorgehoben und als wesentlich für diese Erkrankung bezeichnet.

Wir teilen die Imbecillen je nach der Art, in der sich der angeborene Geistesdefekt äussert, in moralisch Imbecille und solche, bei denen die Schwäche der Intelligenz hervorsticht.

Eine scharfe Abgrenzung von der Idiotie besteht im ersten Falle nicht; die Krankheitsfälle gehen in einander über. Die Imbecillität ist so zwischen die Breite des Gesunden und die Idiotie gestellt.

Wie bei der Idiotie unterscheiden wir auch hier stumpfe und erregte Formen. Es besteht ein im Allgemeinen nur gradueller Unterschied.

Der stumpfe Imbecille zeigt geringe geistige Regsamkeit, mangelnde Aufmerksamkeit, Unfähigkeit zu regelrechter Schlussbildung, beschränktes Urteil, mehr oder minder starke Selbstsucht und teilnahmslose Stimmung, Interesselosigkeit an seiner Umgebung. Solche Kinder fallen in der Schule vielfach als Sonderlinge auf und werden vielfach geneckt, gehänselt und verspottet, so dass sich öfters in ihnen Verfolgungs- und Beeinträchtigungsvorstellungen entwickeln.

Bei den erregten Imbecillen sehen wir ausser der vielfach beobachteten gesteigerten motorischen Erregung, die sich in Unruhe, Unfähigkeit, an einem Platze zu bleiben, äussert, in psychischer Beziehung eine starke Oberflächlichkeit der Beobachtung, Unfähigkeit in die Tiefe zu dringen, das Wesentliche zu erkennen, starke Ablenkbarkeit der Gedanken. Vielfach ergehen sie sich in grossartigen Plänen, ihre Reden sind schwulstig, hochtrabend, oft mit Schlagworten versehen; vielfach schmücken sie aus, lügen auch geradezu.

Auch sie zeigen vielfach ein unbegründetes Selbstgefühl, launenhaftes und geckiges Benehmen, sind leicht gereizt und verletzt.

Bei den moralisch Imbecillen, bei denen indessen fast ständig auch gewisse Intelligenzfehler nachweisbar sind, zeigt sich oft schon in frühester Kindheit ein auffallender Mangel ethischer Gefühle. Die Kinder zeigen eine wilde Freude an allerlei Tierquälerei, lassen keine Spur von Anhänglichkeit an die Verwandten erkennen, sind von erschreckender Selbstsucht und Rücksichtslosigkeit.

Bei allen diesen Arten tritt häufig der psychische Defekt, die mangelhafte Seelenanlage, durchaus nicht deutlich zu Tage.

Solche Kranke können bei oberflächlicher, zuweilen auch bei längerer Beobachtung einen durchaus normalen, hie und da sogar begabten Eindruck machen, sie können auch hübsche Talente für Poesie, Musik etc. aufweisen, und sind doch für das praktische Leben unbrauchbar. Es sind dies auffallende, soge-

nannte unbegreifliche Charaktere, die ihren Bekannten durch ihre Absonderlichkeiten, durch Abenteuerlichkeit, und Excentricität, durch auffallend leichten Stimmungswechsel, durch Hang zum Lügen etc. manches Kopfschütteln verursachen, bis schliesslich einmal eine ihrer seltsamen Handlungen einem psychiatrisch geschulten Arzte bekannt wird, der dann ihren geistigen Defekt erkennt, und doch häufig genug den Angehörigen nicht begreiflich und glaublich machen kann. Leichteren Graden solcher Art psychischer Abnormitäten begegnet man im Gesellschaftsleben nicht allzu selten.

Manche dieser unglücklichen Naturen, die richtiger Weise in eine Anstalt gebracht worden sind, wo sie von der störenden und aufregenden Berührung mit der Aussenwelt verschont sind, benehmen sich dort so „vernünftig“, dass man oft, dem Drängen der Verwandten oder auch der Kranken selbst nachgebend, sie entlässt, bis sie wieder nach einer unbegreiflichen Handlung, wie z. B. einem unmotivierten Selbstmordversuch, von neuem in die Anstalt eingeliefert werden.

Auch diese Krankheitsform ist natürlich, entsprechend der mangelhaften Seelenanlage, unheilbar. Doch sind durch bewusste Erziehung noch viel bessere Resultate wie bei der schwereren Form der Idiotie zu erzielen.

Zur Klasse der Imbecillen gehört ein grosser Teil der sexuell Perversen. Indessen ist die Homosexualität und die andern Erscheinungsformen sexueller Abnormitäten recht oft erworben und nicht angeboren wie die Imbecillität.

Erwähnenswert ist, dass häufig und auf leichtere

Ursachen hin auf dem Boden der angeborenen geistigen Minderwertigkeit andre geistige Störungen, expansive und depressive, entstehen, dass vielfach das Seelenleben solcher Kranker ein beständiges Schwanken zwischen solchen leicht angedeuteten Gefühlslagen darbietet. — Die Diagnose der Zugehörigkeit zu einer von diesen drei Klassen entscheidet, abgesehen von den erwähnten körperlichen Abweichungen der Nachweis und Grad des intellektuellen oder moralischen Defektes, der angeboren sein muss.

5) Das alkoholistische Irresein.

Wie alle Nervengifte bei dauernder Anwendung eigenartige psychische Zustände hervorrufen — beim Morphinismus sehen wir Schwächung der Intelligenz und Willenskraft, Schädigung des Charakters, rücksichtsloses Lügen, beim Cocainismus ausserdem noch schwere bedrohende Sinnestäuschungen und oft ausserordentlich gewaltsame Handlungen —, so sehen wir in unseren Ländern diese am häufigsten durch den Missbrauch des Alcohols entstehen.

Alle geistigen Funktionen erscheinen dabei herabgesetzt und geschwächt. Das Gedächtnis wird schwach, behält die Ereignisse nur in ungefähren Umrissen. Die Urteilskraft ist geschwächt, oft die Entstehungsursache mancherlei Wahngedanken, namentlich solcher der Beeinträchtigung. Am auffallendsten ist aber die Veränderung des Charakters durch die völlige sittliche Haltlosigkeit und Verwahrlosung; nur noch ein Interesse lebt in dem gesunkenen Säufer, der Trieb zum Alcohol. Aller höheren Gefühle ist er baar. Dabei ist

die Erregbarkeit des Alkoholikers bekannt; Streitigkeiten und Raufereien kommen vielfach vor.

Aber nicht nur der geistige Zustand leidet unter dem chronischen Alkoholmissbrauch, fast regelmässig finden wir noch gewisse körperliche Veränderungen.

Unregelmässige, schwache Herzthätigkeit als Zeichen der Herzverfettung, Appetitlosigkeit und vielfaches Erbrechen (besondern auch nüchtern) als Zeichen des chronischen Magenkatarrhs und der Entartung der Magen-Schleimhaut, Ascites und Herzhypertrophie als Zeichen von Lebercirrhose und Schrumpfniere. Infolge der mangelhaften Ernährung besteht regelmässig Blutarmut und Hydraemie, die Arterien sind hart und geschlängelt. Das äussere Bild des Säufers ist ja bekannt genug. Die geringe Sorgfalt, die auf das Äussere gelegt wird, der wankende, breitbeinige Gang, lallende Stimme, Zittern der Zunge und Hände (namentlich beim Ausstrecken und Spreizen), die geröteten, triefenden, verschwollenen Augen, die Säufernase, das gedunsene Gesicht sind ja auch dem Laien bekannt. Dazu treten noch häufiger Kopfschmerz und Schwindel, allerlei neuritische Störungen und vor allem das Auftreten epileptoider und echter epileptischer Krämpfe.

Das Delirium potatorum s. tremens ist eine durch verschiedenartige Ursachen hervorgerufene akute Psychose im Verlauf des chronischen Alkoholismus'.

Es wird nie bei einer sonst nicht dem Alkoholgenusse ergebenen Person nach einem einmaligen Exzess in Baccho z. B. beobachtet.

Das Delirium wird treffend als ein Traum im Wachen bezeichnet. Im Wachen erleben die Deli-

ranten ihre merkwürdigen Erlebnisse, abenteuerliche Scenen, wie sie jeder Mensch aus lebhaften Träumen kennt. Die Kritik der denkenden und urteilenden Vernunft schweigt bei diesen Wachträumen ebenso wie bei den gesunden Menschen im Schlafe. Das nach mehr oder minder lang bestehenden Prodromen erhöhter Erregbarkeit einsetzende Delirium charakterisiert sich durch eine mehr oder minder grosse Bewusstseinsstörung. Die Kranken sind zeitlich und örtlich meist völlig unorientiert, dabei häufig auffallend besonnen.

Die „Erlebnisse“ der Deliranten in ihren Wachträumen und die Erzählungen davon beruhen zum Teil auf Sinnestäuschungen, zum Teil auf wirklichen äussern Eindrücken, die nur falsch aufgefasst und im Sinne ihres Traumes gedeutet werden, auf einer ganz verkehrten Auffassung der Wirklichkeit; zum Teil aber sind die Erzählungen der Deliranten sicher auch nur rein Erdachtes; Gedanken, die während des Sprechens in ihrer Phantasie auftauchen, werden als Erlebtes erzählt und auch festgehalten. Eine fast regelmässig beobachtete Erscheinung bei Deliranten ist die partielle Amnesie für einzelne Erlebnisse. Da hilft denn die Phantasie aus, um die zwischen den Erlebnissen klaffende Lücke auszufüllen.

Wohl niemals fehlen bei einem Alkoholdelirium Sinnestäuschungen; auch dem Laien ist bekannt, dass unter den Halluzinationen der Deliranten Tiervisionen eine grosse Rolle spielen (schwarze Mäuse etc.). Doch sind derartige Halluzinationen durchaus nicht pathognostisch für das Alkoholdelirium, sondern kommen auch in andern Delirien, z. B. im Fieber, vor.

Die Sinnestäuschungen, die anfangs nur in der

Nacht, später auch bei Tage auftreten, betreffen alle Sinne. Im Gesichtssinn sind es meist kleine Gegenstände, Münzen, Flöhe, Käfer, Schlangen, Würmer, die sich alle bewegen, oder grosse, meist concentrisch vordringende Menschenmengen. Im Gehörssinn treten allerlei unklare Geräusche auf, ferne Musik, auch richtige Stimmen. Von grosser Deutlichkeit sind die Halluzinationen des Gefühlsinns, bestehend in Ameisenkriechen, dem Gefühl von Spinnen und Käfern auf der Haut, die der Kranke emsig zu entfernen trachtet.

Von nicht geringerer Wichtigkeit als die Halluzinationen sind die Illusionen. Der Kranke hat Sinneswahrnehmungen, aber so undeutlich wie etwa der Gesunde in tiefer Dämmerung und deutet sie um, meist in grotesker Weise. Daraus erklärt sich die stets vorhandene Verkennung der Umgebung und die allgemeine Verwirrtheit und Unorientiertheit in örtlicher und zeitlicher Beziehung. Die letztere entsteht vielfach und besonders gegen das Ende des Deliriums dadurch, dass die Kranken die im Wachtraum rasch ablaufenden Ereignisse, für die sie meist eine ziemlich treue Erinnerung haben, sich zeitlich auseinanderlegen und dadurch wesentlich der Zeitrechnung vorauseilen müssen, da ihnen jedes gewohnte Zeitmass fehlt.

Die Stimmung ist wechselnd, von der Farbe der Sinnestäuschungen abhängig, im Benehmen zeigt sich Unruhe, motorische Erregtheit (Flockensuchen, Geldsammeln) und grosse Schwatzhaftigkeit. Schlaf fehlt bis zur Wendung zum Bessern völlig; gegen Abend pflegt die motorische und psychische Unruhe lebhafter zu werden.

Entsprechend den mannichfach gearteten Sinnes-

täuschungen werden von Deliranten vielfach Wahnideen geäussert, die indessen bei den wechselnden Vorstellungen und deren raschem Ablauf wohl öfters wiederkehren können, aber kaum jemals fixiert oder im Sinne eines Systems durchgebildet werden. Die Wahnideen der Deliranten bewegen sich vielfach auf sexuellem Gebiete, besonders die der ehelichen Untreue der Frau wird auffallend häufig geäussert.

Vielfach wähnen die Deliranten, in ihrer gewöhnlichen Beschäftigung begriffen zu sein mit der Eigentümlichkeit, dass die Thätigkeit ermüdend und erfolglos ist.

Das Delirium tritt häufig im Anschluss an körperliche Schädigungen wie Traumen und besonders an fieberhafte Erkrankungen bei Säufern auf, namentlich wenn dabei der gewohnte Alkoholgenuss ausgesetzt ist.

Darum darf der Arzt nie bei Potatoren, — und dieser Begriff ist nicht zu eng zu fassen! — die in seine Behandlung kommen, die drohende Gefahr des Deliriums vergessen und muss durch mässige Alkoholgaben dem Ausbruch dieser Krankheit wie einem drohenden Collapse vorzubeugen suchen.

Deliranten sind in hohem Masse gemeingefährlich. Durch die vielfachen Halluzinationen und Illusionen, die sich auch in der motorischen Unruhe vieler Erkrankter ausdrücken, werden in ihrem traumartigen Zustande öfters sehr gewaltsame Handlungen bedingt. Deliranten müssen darum bis zum Ablauf der akuten Erscheinungen ganz genau beobachtet und bewacht werden, um nicht sich selbst und anderen Schaden zuzufügen.

Das einzelne Delirium hat im Allgemeinen eine günstige Prognose. Im Laufe von einer bis zwei Wochen läuft es meist ab; doch können die protrahierten Delirien sich auch über einen wesentlich längeren Zeitraum erstrecken.

Zu befürchten ist das Festhalten der im deliriösen Zustand aufgetauchten Wahnideen — mancher Fall von halluzinatorischer Paranoia bei Säufern dürfte sich so erklären — und ferner noch das nur zu häufig beobachtete Hinzutreten somatischer Erkrankungen, die bei dem geschwächten und widerstandslosen Körperzustand so oft zum tödtlichen Ende führt (Säuferpneumonien). Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die Manie, mit der das Gebahren der Deliranten in ihrer motorischen Unruhe und ihrer Ideenflucht grosse Ähnlichkeit haben kann. Hier entscheiden, ausser der eigenartigen Färbung des Alkoholdeliriums, die körperlichen Symptome, die auf chronischen Alkoholismus hinweisen. Von der Paranoia unterscheidet sich das Delirium durch die Art und den Wechsel der Wahnideen. Mit der Paralyse haben viele protrahierte Delirien und alkoholischer Schwachsinn grosse Ähnlichkeit. Hier entscheidet, wenn nicht der chronische Alkoholismus und die leichteren Lähmungssymptome (eine leichte Sprachstörung, bestehend in Silbenstolpern und Lallen findet sich ja bei Deliranten häufig) das Delirium wahrscheinlich gemacht haben, der Verlauf der Erkrankung: beim Delirium im Allgemeinen Wiederherstellung, bei der paralytischen Störung der progressive Verlauf bis zum tödtlichen Ende.

Inhalt.

Boas, Dr. J., Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.
Theil I.: Allgemeine Diagnostik und Therapie. 4. Auflage. Mit 41 Abbildungen. M. 10.—, gebunden M. 11.—.
Theil II.: Spezielle Diagnostik und Therapie. 3. Auflage. Mit 9 Abbildungen. M. 8.—, gebunden M. 9.

— — Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. I. Hälfte: Allgemeine Diagnostik und Therapie. Mit 22 Abbildungen. M. 7.—.

Brass, Dr. A., Kurzes Lehrbuch der normalen Histologie des Menschen. Mit 210 Abbildungen. M. 12.—

Casper, Dr. Leop., Handbuch der Cystoskopie. Mit 7 Tafeln und 57 Abbildungen. M. 8.—, gebunden M. 9.—.

Duchenne, Physiologie der Bewegungen. Uebersetzt v. Prof. Dr. *Wernicke*. Mit 100 Abbildungen. M. 12.—.

Frölich, Generalarzt a. D., Bestimmungen über die Militärdienstpflicht der Aerzte, Medicinalstudierenden etc. 2. Auflage. M. —.80.

Goldscheider, Prof. Dr. A., Anleitung zur Uebungs-Behandlung der Ataxie. Mit 122 Abbildungen. gebunden M. 3.—.

Gottschalk, Dr. R., Königl. Kreisphysikus, Grundriss der gerichtlichen Medicin für Aerzte und Juristen. Mit besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Reichsgerichtsentscheidungen. gebunden M. 5.—.

Günther, Prof. Dr. Carl, Einführung in das Studium der Bakteriologie mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Technik. 5. Auflage. Mit 90 Photogrammen. M. 12.—, gebunden M. 13.50.

Guttmann, Dr. med., Grundriss der Physik für Mediciner, Pharmaceuten u. zum Selbststudium. Mit 114 Abbildungen. M. 3.—.

Hirschberg, Prof. Dr. J., Einführung in die Augenheilkunde. I. Hälfte. Mit 112 Abbildungen. M. 8.—.

Druck von A. Edelmann in Leipzig.

This book is due two weeks from the last date stamped below, and if not returned at or before that time a fine of five cents a day will be incurred.

DEC 2 1935

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES
0315149978

157 B38
Becker
Einführung in die psychiatrie

157 B38